Rok XLVIII. Kraków, dnia 22. maja 1909. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Dalsze przyczynki do leczenia błonicy surowicą swoistą [1]).

Podał

Dr W. Puławski (z Radziejowa gub. Warszawska).

Stosując w ciągu dalszym przy błonicy surowicę swoistą, otrzymałem za czas dwóch lat ubiegłych, 1907 i 1908, wyniki następujące:

Przez rok 1907 wszystkich przypadków było 37, wśród nich 2 śmiertelne (5,4%); przypadków z powikłaniem krtaniowem było 16, czyli 43% ogólnej liczby; dały one zatem 12,5% śmiertelności.

Przez rok 1908 ogólna ilość przypadków wynosiła 30, w tem jeden śmiertelny (3%); przypadków krtaniowych było 16, czyli 53% ogólnej liczby; dały one zatem 6,3% śmiertelności.

Zestawiając dane powyższe w tablicę i porównywając z danemi, poprzednio ogłoszonemi, otrzymamy:

Tablica I.

Rok	Liczba ogólna przypadków	Ilość przypadków śmiertelnych	Dto w %	Ilość przypadków krtaniowych	Dto w %	Śmiertelność ich w %	Uwagi
1907	37	2	5,4	16	43	12,5	Leczenie surowicą
1908	30	1	3	16	53	6,3	
1907—1908	67	3	4,5	32	48	9,4	
1895—1906	601	41	6,8	328	55	12,5	
1895—1908	668	44	6,6	360	54	12,2	

Wszystkie spostrzegane przypadki grupowały się, jak następuje:

I. Co do płci: chłopców 39; dziewcząt 28.

II. Co do wieku:

0—1 = 3	6—7 = 6	12—13 = 2
1—2 = 4	7—8 = 2	13—14 = 2
2—3 = 12	9—10 = 2	
3—4 = 15	10—11 = 1	
4—5 = 7	11—12 = 3	
5—6 = 8		

III. Co do dnia choroby, w którym surowica została wstrzyknięta:

A) Ogólna liczba przypadków	B) Przypadki krtaniowe
1—20	1—11
2—17	2— 7
3—17	3— 9
4— 6	4— 3
5— 5	5— 1
6— 2	6— 1

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A) Wszystkie przypadki wogóle	B) Przypadki krtaniowe
1000 jed. ochron. — 7	0
2000 » » — 50	22
3000 » » — 2	2
4000 » » — 8	8

V. Co do wielokrotności dawek:

1) jednorazowo 57
1) dwukrotnie 10

VI. Co do przypadków śmiertelnych:

Tablica II.

Nr.	Płeć	Lata	Ilość zastrzyk. surowicy w. J. och.	Ilość dawek	Dzień zastrzyk.	Dzień śmierci	Uwagi
1	M.	$1^1/_2$	2000	1	5	7	Przedtem wysypka (morbilli?); objawy laryngospasmus — oedema glotidis (?); na konsylium próba intubacyi — nieudatna. — Podskórnie ol. camphorat. i coffein. natrobenzoic. Odczyn słaby.
2	Ż.	9	2000	1	3	6	Objawy krtaniowe po ośmiu dniach anginy; gruczoły podszczękowe bardzo duże i twarde; śpiączka, słabość ogólna; drgawki w mięśniach twarzy. Podskórnie ol. camphorat. Odczyn słaby.
3	Ż.	$4^1/_2$	4000	2	4 i 5	8	Objawy krtaniowe na 12 dzień choroby przedtem wysypka (scarlatina?), po której angina, następnie laryngitis. Ogólna słabość b. wielka. Białkomocz (1% — Essbach). — Exitus przy upadku sił.

VII. Co do wysypek posurowiczych. Spostrzegłem je w 35 przypadkach, co po odtrąceniu trzech śmiertelnych stanowiło 55% ogólnej liczby; przytem po wstrzyknięciu 1000 jednostek wysypki nie było ani razu, a tylko po wstrzyknięciu powyżej 1000 jedn. ochron., czyli na 57 przypadków (po wyłączeniu śmiertelnych) dały one 61% powikłań wysypkowych.

Od roku 1903 włącznie mam zapisane ściślejsze dane

[1]) Patrz Czasop. Lek. T. XI R. 1907. Nr. 9—10. Str. 305—311.

co do wysypek posurowiczych, które mogę przedstawić w następującem zestawieniu (patrz tablica III). Z ostatecznego wyniku widać, że wysypka posurowicza występowała w postaci pokrzywki w 60% przypadków, w postaci rumienia (rash) w 22%, a w postaci mieszanej w 18% przypadków. Zwykle każda postać zjawiała się w kształcie plam, mniej lub więcej rozlanych, niekiedy swędzących, najczęściej wędrujących po powierzchni skóry i często kilkakrotnie znikających i zjawiających się w jednej i tej samej okolicy skóry. Innych powikłań natury poważniejszej, któreby jako posurowicze uważać można, nie zdarzyło mi się spotykać wcale; w miejscu wstrzyknięcia również nie miałem ani razu żadnych powikłań, prócz bolesności, przechodzącej dość prędko; u otyłych dzieci, z grubym pokładem tkanki tłuszczowej podskórnej, niekiedy na miejscu wstrzyknięcia zjawiają się siniaki różnej wielkości, zwykle niebolesne i znikające same przez się w przeciągu kilku dni, analogicznie do tego jak u osób dorosłych otyłych po wstrzykiwaniach podskórnych n. p. morfiny lub ergotyny.

Tablica III.

	Lata	1903—1906	1907—1908	1903—1908
Ogólna liczba przypadków (z wyłączeniem śmiertelnych)	Ogólna liczba przypadków	125	64	189
	Liczba przypadków, powikłanych wysypką	59	35	94
	Dto w %	47	55	50
Ilość przypadków ze zastosowaniem surowicy w 1000 jedn. ochron.	Ogólna liczba przypadków	64	7	71
	Liczba przypadków, powikłanych wysypką	2	0	2
	Dto w %	3	0	3
Ilość przypadków ze zastosowaniem surowicy powyżej 1000 jednost. ochron.	Ogólna liczba przypadków	61	57	118
	Liczba przypadków, powikłanych wysypką	57	35	92
	Dto w %	97	61	78
Dzień występowania wysypki po wstrzyknięciu	Najwcześniej	2	3	2
	Najczęściej	8	8	8
	Najpóźniej	16	15	16
Trwanie wysypki w dniach	Najkrócej	1	1	1
	Najdłużej	5	4	5
	Najczęściej	2	2	2
	Najrzadziej	5	4	5
Rodzaj wysypki	Pokrzywka tylko	40	16	56
	Dto w %	68	46	60
	Rumień (rash) tylko	10	11	21
	Dto w %	17	32	22
	Mieszana	9	8	17
	Dto w %	15	22	18

W tem miejscu winienem nadmienić, że za przeciąg czasu czteroletni mam zapisanych kilkadziesiąt przypadków takich, w których surowica była już po kilka razy stosowana w różnych odstępach czasu u jednego i tegoż samego osobnika. Najwięcej pouczające dla mnie w tym względzie są cztery rodziny; dwie z nich mieszkają w mieście, z sześciorgiem i czworgiem dzieci w wieku od lat 4 do 17, dwie zaś w sąsiednich wsiach, z ośmiorgiem i sześciorgiem dzieci w wieku od lat 5 do 16. Wśród tych czterech rodzin są dzieci, którym już trzykrotnie wstrzykiwano surowicę przeciwbłoniczą, większości zaś z nich surowicę przeciwbłoniczą wstrzykiwano dwukrotnie w odstępach czasu od roku do lat pięciu. W przypadkach tych w działaniu surowicy nie znajduję wydatnej różnicy; niekiedy wydało mi się ono jakby przyspieszone pod tym względem, że wcześniej występował odczyn dodatni, nieraz już po kilku godzinach, a zatem i wyzdrowienie następowało szybciej. Nie udało mi się zauważyć ani razu, aby w takich przypadkach surowica wywoływała różne ujemne objawy, w rodzaju n. p. łzawienia oczu, obrzęków na twarzy lub w okolicy stawów, spotęgowanych bólów mięśniowych lub stawowych lub t. p. Objawy takie spostrzegałem bardzo często, poniekąd jako prawidło, w okresie przedwysypkowym przy najrozmaitszych wysypkach, jak: ospa wietrzna i naturalna, odra, płonica, kur (czyli różyczka — *rubeolae)*; nawet przed pokrzywką idiosynkratyczną *(urticaria ab idiosyncrasia)* i półpaścem, które uchodzą za wysypki wogóle bardzo niewinne, zjawiają się często objawy nader burzliwe, jak: dolegliwe ściskanie w dołku i w piersiach aż do omdlenia i wymiotów, boleści, biegunka, zawroty głowy, zemdlenia *(syncope)*, bardzo silne bole w mięśniach, kościach i stawach. Mogą zatem być bezwątpienia i przypadki wysypki posurowiczej z towarzyszącymi jej bardziej burzliwymi objawami, właściwymi wielu innym wysypkom; ja osobiście tego nie spostrzegałem, i według mego osobistego przekonania prawidłem jest, że wysypki posurowicze cechują się właśnie bardzo wielką łatwością występowania, tak, że zjawienie się ich na powierzchni skóry najczęściej nie jest połączone z żadnemi innemi niemiłemi uczuciami prócz lekkiego swędzenia i pewnego ogólnego niepokoju, o ile wysypka zjawia się obficiej. Naturalnie wyłączyć należy te możliwe przypadki, że zastosowana surowica była dla jakichkolwiekbądź powodów wadliwie przygotowana lub podległa pewnym niepożądanym zmianom chemicznym, n. p. wskutek przeziębnięcia, nadmarznięcia, przegrzania, albo była zbyt starą, lub też nawet, jak chcą niektórzy, była zbyt świeżą.

W statystykę moją wchodzą stale tylko dzieci do lat 14 włącznie. W ciągu dwóch lat ubiegłych wśród osób starszych spostrzegałem kobietę (lat 33), u której z powodu rozległej błonicy gardła, trwającej już przeszło tydzień, wstrzyknąłem 5000 jednostek ochronnych surowicy przeciwbłoniczej w dwóch dawkach: 3000 i następnego dnia 2000 jedn. ochron. Stan choroby zmienił się bardzo szybko na lepszy, sprowadzając pospieszne zdrowienie z obfitem wydzielaniem się wydzieliny błoniastej przez nos i przy kaszlu. Wysypka posurowicza, w postaci pokrzywki i plam różycowych, zaczęła zjawiać się siódmego dnia po wstrzyknięciu, była wędrująca i trwała z przerwami około trzech dni.

O ile każda statystyka wogóle nie może być pozbawiona pewnych niedokładności w tym lub owym kierunku, o tyle i moja statystyka, zbierana wśród warunków, pod

każdym względem najbardziej niedogodnych, nie jest zapewne od nich wolna. Że jednak wahania tych niedokładności nie mogą być zbyt wydatne, w tem przekonaniu utwierdza mnie ten fakt, że otrzymywane przezemnie dane w przeciągu lat czternastu są prawie że identyczne. Fakt ten nie może być jedynie przypadkowym zbiegiem okoliczności, gdyż powtarza się zbyt jednostajnie, dając wyniki sumaryczne, prawie że identyczne, i potwierdza *a posteriori* wnioski, przedtem wysnute. [Patrz. »Czas. Lek.« Tom V, r. 1903, Nr 2, str. 64—66 i »Deutsche med. Wochenschr.« rok 1903, Nr 28, str. 505].

Wszyscy moi koledzy okoliczni chętnie stosują już obecnie surowicę przeciwbłoniczą, równie u dzieci, jak i u starszych, i o ile mi to od nich wiadomo, są z otrzymywanych wyników zupełnie zadowoleni.

Na zakończenie notatki niniejszej pozwalam sobie nadmienić, że podczas kilkakrotnych wycieczek mych po Niemczech słyszałem nieraz z ust kolegów, stale tam zamieszkałych, utyskiwania na to, że są lekarze praktycy, a nawet uczeni klinicyści, którzy, będąc indywidualnymi przeciwnikami leczenia surowicami wogóle, w swej iście mamuciej zaśniedziałości, pod kątem widzenia, obejmującym jedynie środki farmaceutyczne, pędzlowania, płukania i, jako *ultimum refugium*, tracheotomię lub intubacyę, nie dają dostępu do umysłów swych, zresztą zdolnych i dla lecznictwa zasłużonych, dla orzeźwiającego tchnienia postępu. Stąd pochodzi umyślne ignorowanie lub zbyt pesymistyczne i na mocy uprzedzonego subjektywizmu tendencyjne uogólnianie wniosków ujemnych. Bezwątpienia *mutatis mutandis* da się to zastosować do Francyi, a szczególnie do Rosyi, gdzie o wiele więcej jeszcze jest danych do bezmyślnego apoteozowania lub ryczałtowego potępiania przy bezkrytycznem lub bezwiednem nawet uleganiu sugestyi zagranicy. Przedmiotowość w ocenianiu wszystkich danych za i przeciw jest podstawą i warunkiem koniecznym dla uzyskania wyników, możliwie najbliższych do prawdziwego stanu rzeczy; wzbudzić ją w sobie, wyrobić i utrwalić można tylko drogą długoletniej obserwacyi w danym kierunku. Warunkiem jednak nieodzownym ku temu musi być: wiara w ciągłe udoskonalanie się wszystkiego na świecie, a więc i metod leczniczych, oraz chęć osobista ciągłego postępowania naprzód wraz z życiem, a nie upartego pieszczenia w swem sercu i umyśle uwiędłych już laurów zdobytej dawniej sławy lekarskiej. Praca dla teraźniejszości zawsze powinna mieć wzgląd na przyszłość, a metoda leczenia chorób zakaźnych ostrych surowicami leczniczemi jest bezwątpienia »par excellence« metodą przyszłości, w której odegrać ona musi ważną, jeżeli nie główną rolę w dziedzinie lecznictwa, bez względu na wiekowe prawa farmakologii i związanego z nią istnienia farmacyi, której materyalne interesy nie powinny nic a nic ucierpieć na stopniowem rozszerzaniu się zakresu stosowania surowic leczniczych.

U nas, przynajmniej w Królestwie, od samego początku zapanowały pod tym względem stosunki racyonalne i pożądane dla dostatecznego wyjaśnienia istotnego stanu rzeczy. Wszyscy lekarze, zarówno szpitalni, jak i praktycy, z całą gotowością, z nader nielicznymi może tylko wyjątkami, pospieszyli ochoczo za nową falą postępu, znajdując oparcie w pracowniach Bujwida i Palmirskiego, dających zupełną gwarancyę czystości i dokładności w wyrobach surowic leczniczych. Czy można z równem zaufaniem odnieść się do całej falangi pracowni, powstałych poza granicami naszego kraju, jak grzyby po deszczu, z chwilą wejścia na porządek dzienny leczenia surowicami swoistemi, nie czuję się dość kompetentnym rozstrzygać. Wiadomo jednak powszechnie, że wyniki stosowania surowic leczniczych są w wielu miejscowościach bardzo różne, aczkolwiek surowica przeciwbłonicza właśnie tym wahaniom stosunkowo najmniej podlega. Coraz lepsze wyniki sumaryczne i mniejsza ilość ubocznych działań ujemnych prowadzą za sobą większą wiarę i zaufanie do stosowanego środka zarówno wśród leczących, jak i leczonych.

Ciąża zewnątrzmaciczna, jej rozpoznawanie i wskazania lecznicze.

Napisał

Dr Stanisław Peszyński w Berdyczowie (Ukraina).

(Według wykładu w kijowskiem Tow. lekar. polsk.).

(Dokończenie).

Tak więc, jak widzimy, większość ginekologów uznaje konieczność wczesnego operowania ciąży zewnątrzmacicznej, szczególnie w przypadkach pęknięcia worka płodowego i krwotoku śródbrzusznego. Są jednak, aczkolwiek nieliczne, głosy przeciwne temu i starają się ograniczyć wskazania do operacyi. Do takich należą między innymi dwaj amerykańscy chirurdzy Hunter-Bobb[20]) i Simpson[21]). Pierwszy z nich usiłuje dowieść, że nawet duże wylewy krwi do jamy brzusznej nie są niebezpieczne, ponieważ fizyologia uczy, że człowiek może przejść stratę krwi, wynoszącą 3,3% jego wagi ogólnej, zatem dla kobiety średniej wagi 55 klg. stanowi to 1.650 gramów.

Robb wątpi jednak, żeby taką ilość kiedykolwiek znaleziono w jamie brzusznej. Dalej szuka on na drodze doświadczenia rozwiązania zajmującego go zagadnienia. U dwunastu suk ciężarnych i niециężarnych rozrywał otrzewnę, kaleczył macicę, przecinał tętnice maciczne i jajnikowe, poczem jak najstaranniej jamę brzuszną zaszywał. Żadna z suk nie zginęła, z czego Robb wnosi, że zewnątrzbrzuszne pęknięcia i krwotoki nie są bezwarunkowo śmiertelne. Na zasadzie tych danych Robb i Simpson radzą wyczekiwać, podtrzymując chorą środkami podniecającymi i dopiero, gdy te się okażą bezskuteczne, przystępować do operacyi. Jednakże tych sceptycznych zdań chirurgów amerykańskich uwzględniać nie będziemy, ponieważ i w Ameryce większość ginekologów i chirurgów uważa sprawę wczesnego operowania ciąży zewnątrzmacicznej za rzecz bezwarunkowo przyjętą. Inaczej też być nie może, albowiem usprawiedliwiają to zarówno teoretyczne, jak i praktyczne względy. Zasada, wymagająca niezwłocznego podwiązania krwawiącej tętnicy, pozostanie niezachwianą na zawsze. Mniemanie, że krwotok wewnętrzny nie może być tak obfitym, żeby przekroczył granice fizyologiczne, jest mylne, ponieważ, jeżeli nawet rzadko się zdarza, żeby kobieta straciła naraz 1.650 gram. krwi, to jednak nie ulega najmniejszej wątpliwości, że mniej obfite, ale powracające krwotoki mogą być źródłem olbrzymiej utraty krwi, do 2, 3, a nawet 4 litrów.

W najnowszych czasach nawet kazuistyka sądowo-lekarska przemawia poważnymi argumentami na korzyść operacyi. I tak Forman, lekarz sądowy w Filadelfii w 20 przypadkach obdukcyi sądowej kobiet, stwierdził, iż przyczyną śmierci był krwotok wewnętrzny, wskutek pęknięcia ciąży jajowodowej. Glasebrook w Waszyngtonie na 150 przypadków obdukcyi sądowej spotkał 5 razy pęknięcie ciąży jajowodowej jako przyczynę śmierci.

Wszystko, cośmy dotychczas mówili o konieczności nie-

---

[20]) American Journ. of. obstetr. Jul. 1907.

[21]) Surger., gynaecol. and obstetr. 1907.

zwłocznego operowania. stosować się powinno — zaznaczam raz jeszcze — do wczesnych pęknięć worka płodowego.

Wyczekiwanie będzie więc wielkim błędem ze strony lekarza zarówno wtedy, gdy rozpozna ciążę zewnątrzmaciczną nienaruszoną jeszcze, jak i wtedy, gdy stwierdzi krwotok wewnętrzny, wskutek pęknięcia worka płodowego lub poronienia.

Wyczekiwanie może być usprawiedliwione ze strony lekarza jedynie w następujących przypadkach: 1) gdy chora stanowczo uchyla się od operacyi; 2) gdy stan jej np. w przypadku pęknięcia worka płodowego i olbrzymiego wylewu krwi, daje prawo przypuszczać, że ona żadnego zabiegu chirurgicznego bezwarunkowo nie zniesie i 3) gdy lekarz sam operować nie może i niema w pobliżu chirurga, zaś stan chorej nie pozwala przewozić jej na wielką odległość.

W pierwszym przypadku należy stan chorej ściśle nadzorować, żeby w razie pojawienia się zagrażających życiu objawów, mogła być niezwłocznie operowaną. W tym celu najstosowniej umieścić ją w dobrze urządzonej lecznicy. W ostatnim przypadku, gdy lekarz nie posiada dobrego wykształcenia technicznego i niema w pobliżu szpitala, a w tem położeniu znajduje się większość lekarzy, praktykujących po wsiach i miasteczkach naszego rozległego i źle urządzonego kraju, gdy ci lekarze są zmuszeni pracować w otoczeniu całkiem prymitywnem, nie posiadając wyrobienia chirurgicznego i w środowisku niekulturalnem, gdzie częstokroć jest niepodobieństwem namówić chorych do operacyi — i w takich warunkach nie należy opuszczać rąk bezradnie, ale się zabrać niezwłocznie do przeprowadzenia leczenia objawowego.

Na podstawie mego własnego doświadczenia zachęcam gorąco kolegów, którzy pracują w prowincyonalnej głuszy i zabójczem osamotnieniu, aby nie upadali na duchu, nie poddawali się zgubnemu zwątpieniu i zniechęceniu, lecz wykonali swój obowiązek, spełniając te przynajmniej wskazania, których spełnienie w danych warunkach jest możliwe, a przekonają się, że nie małą jest liczba przypadków, gdzie mogą uratować chore, które uważali za beznadziejnie stracone, lub przynajmniej podtrzymać je do chwili, kiedy wykazanie zabiegu chirurgicznego stanie się możliwe.

Pierwszym i kardynalnym obowiązkiem naszym jest nabycie umiejętności odróżnienia ciąży zewnątrzmacicznej, oraz rozpoznawania tych mniej lub więcej burzliwych objawów, jakie występują przy zewnątrzmacicznem poronieniu i przy pęknięciu worka płodowego. Znajomość tych rzeczy jest konieczną; zresztą jest ona całkiem możliwą. Posiadając tę znajomość, nie będziemy szli po omacku, nie będziemy się poddawali, co jest bardzo łatwe, wpływowi otoczenia, które ciężki zapad, w jakim znajdujemy chorą, przypisuje nerwowemu wzruszeniu, a wymioty, wywołane podrażnieniem otrzewnej, z wylewu krwi wynikłem, tłómaczy zwykłą niedyspozycyą żołądkową; wszak chora już od dłuższego czasu skarżyła się na jakieś niewyraźne dolegliwości i bole brzuszne. Nie poddając się zaś tym bałamutnym suggestyom, nie będziemy stosowali w podobnych przypadkach, jak się to zdarza niekiedy, tak niedorzecznych i zgubnych zabiegów jak gorące okłady, lawatywy i środki czyszczące, a także nie pozwolimy, by otaczający chorą tarli ją i poruszali w celu przywołania do życia. Słowem, unikniemy tego wszystkiego, co w danym wypadku jest najzupełniej przeciwwskazanem.

W celu uniknięcia wielu podobnych fatalnych omyłek proponuję przyjęcie następującej zasady: Każdą kobietę niestarą, którą znajdujemy w stanie nagle powstałego i przeciągającego się zapadu lub omdlenia — należy mieć w podejrzeniu co do możliwości ciąży zewnątrzmacicznej i, stosując wszelkie zabiegi lecznicze i ratunkowe, mieć to na względzie, dopóki nie zdołamy zebrać tylu rozpoznawczych danych, ile potrzeba, żeby się módz oryentować lepiej.

Chora taka potrzebuje nadewszystko spokoju. W tym celu należy usunąć wszystkie osoby zbyteczne i, nie ruszając chorej z miejsca, a tylko przyprowadziwszy posłanie do możliwego porządku, ułożyć ją poziomo, usunąwszy poduszki, lecz nie podnosząc dolnych kończyn, które należy ogrzewać, a w razie głębokiego zapadu ściągnąć ręcznikami w połowie bioder.

Następnie należy się starać podnieść ostrożnie czynność serca za pomocą wina, mocnej kawy, eteru kozłkowego (waleryanowego), przykładaniem gorących okładów na okolicę serca, podskórnemi wstrzykiwaniami niezbyt wielkich dawek kofeiny, eteru lub kamfory, a jeśli te środki nie dają wyraźnego wyniku, zrobić podskórne wlewania 200—400 gramów ogrzanego do 40° C, fizyologicznego rozczynu soli w celu przywrócenia ustrojowi części utraconego przezeń w postaci krwotoku płynu. Wlewanie większych ilości na raz uważam za bezwarunkowo przeciwwskazane i niebezpieczne. Niewielki dodatek adrenaliny (15—20 kropel) do wlewanego płynu jest pożądany.

Jednocześnie stosować należy zabiegi i środki przeciwkrwotoczne. W tym celu urządzam naprędce materac śrótem ołowianym (4—6 ff) napełniony[22]), który wywiera na jamę brzuszną stały i równomierny ucisk, oraz daje się łatwo przystosować do powierzchni i przedstawia dobry przewodnik dla zimna, pochodzącego z dwóch średniej wielkości worków z lodem, jakie się nań nakładają. Jako środki przeciwkrwotoczne możemy stosować podskórnie chlorek hydrastyniny 0,01—0,03, która wywołuje kurczenie się naczyń (nie wolno jednak uciekać się do ergotyny, która oddziaływa na mięśnie macicy i przydatków!). Jeszcze lepiej wstrzyknąć podskórnie 2% dokładnie wyjałowiony rozczyn żelatyny po 50 gram. 2—3 razy dziennie. Wewnętrznie nie należy dawać ani lekarstw, ani żadnych pokarmów ze względu na wielką skłonność do wymiotów; można poprzestać na kawałeczkach lodu i galaretce żelatynowej.

Oto jest owo małe wstępne leczenie, które może i powinien stosować każdy lekarz w przypadkach śródbrzusznego krwotoku na razie, zanim będzie można zastosować zabieg chirurgiczny lub, jeżeli ów zabieg dla jakichbądź powodów nie może być wykonany, prowadzić to leczenie w dalszym ciągu, dopóki stan chorej nie poprawi się o tyle, że można będzie być pewnym, iż krwotok ustał.

Jednakże na taki pomyślny wynik można rachować tylko w niektórych przypadkach. Na ogół rachować na to nie mamy prawa i, gdzie tylko możemy, powinniśmy wskazywać na konieczność zabiegu chirurgicznego.

Leczenie ciąży zewnątrzmacicznej, przerwanej w pierwszych miesiącach (poronienie) z ograniczonym wylewem krwi

(haematosalpinx, haematocele).

W tych przypadkach możemy wybierać pomiędzy wyczekującą i operacyjną metodą leczenia. Przeważną ich część należy leczyć wyczekująco. Leżenie w łóżku, dopóki nie nastąpi zupełne wessanie, a przynajmniej dopóki nie będzie wątpliwości co do tego, że zmiany wsteczne idą drogą prawidłową. Co do szczegółów leczenia nieoperacyjnego, odsyłam czytelników do podręczników ginekologii, przyczem zwracam uwagę na to, że w pierwszych dniach po poronieniu jajowodowem należy się jeszcze liczyć z możliwością wystąpienia wskazań do operacyi chirurgicznej.

W dalszym ciągu leczenia stosowanie rozmaitych przyśpieszających wessanie zabiegów, jak np. ciepła w najrozmaitszych postaciach kąpieli nasiadowych lub całkowitych, leczenie gorącem powietrzem i rozmaite zabiegi mechaniczne, szczególniej zaś miesienie mogą być zalecane dopiero wtedy, gdy mamy zupełną pewność, że krwawienie z jajowodu już oddawna ustało.

Nawoływanie do wdania się operacyjnego w przypadkach wczesnego poronienia zaczyna się rozlegać z różnych stron, uzasadniane powolnością przebiegu takiego stanu chorobowego, obawą zrostów z jelitami, oraz pojawienia się w zawartości jajowodu i następnie w krwisteku drobnoustrojów chorobotwórczych, mogących wywołać sprawę ropną itp.

Tu jednak statystyka uchyla stanowczo niezbędność operacyi.

I tak Fehling[23]) opisuje 91 przypadków, leczonych wyczekująco, poronienia trąbkowego z krwistekiem, bez zejścia śmiertelnego.

Champneys[24]) spostrzegał 36 podobnych przypadków, zakończonych wyzdrowieniem.

Zweifel[25]) na 61 wyczekująco leczonych przypadków i Thorn[26]) na 139 nieoperowanych poronień jajowodowych nie stracili ani jednej chorej.

Co do krwisteku, to większość ginekologów zgadza się z tem, że nawet, gdy treść jego zdaje się być jeszcze płynną, to jednak należy się powstrzymać od nakłucia lub aspiracyi, ponieważ prawie zawsze znajdują się tam pomiędzy płynną krwią

---

22) Bierze się niewielki woreczek lub małą poszewkę (25 × 25 ctm.), przeszywa się naprędce tak, żeby ją rozdzielić na 5—6 równoległych przedziałów i nasypuje się do każdego z nich równą ilość śrótu myśliwskiego, razem od 4—6 funtów.

23) The journ. of Obstetr. and gynaec. 1902, VII, Nr 6.

24) Scanzoni Archiv. f. Gyn. 1902. B. 65.

25) Münchn. med. Wochenschr. 1903, Nr 25.

26) Zeitschr. f. Geb. u Gyn. 1898 B. 38. S. 92.

skrzepy, nie dające się w zupełności usunąć; po takim rękoczynie grozi zawsze niebezpieczeństwo ropienia i spraw septycznych.

Nastąpienie takich stanów cechuje się objawami ogólnymi i miejscowymi, jako to podniesieniem się ciepłoty, hyperleukocytozą, objawami podrażnienia ze strony pęcherza i odbytnicy. Stany te wymagają szerokiego cięcia od strony pochwy (!) i systematycznego sączkowania.

Leczenie ciąży zewnątrzmacicznej w późniejszych jej okresach.

Chodzi tu o taki stan, który się wiąże niekiedy z bezpośrednio grożącem, niekiedy z oddalonem niebezpieczeństwem dla życia. Zależnie od tego nasuwa się pytanie co do usunięcia w drodze chirurgicznej tego nieprawidłowego tworu, który owo niebezpieczeństwo rodzi. Dla rokowania ma wielkie znaczenie okres ciąży, a następnie okoliczność, czy płód jeszcze żyje, czy jest już martwy; czy się znajduje w zamkniętym worku płodowym, czy też leży swobodnie w jamie brzusznej; w końcu czy się uchronił płód i worek płodowy od przedostania się pierwiastków wywołujących gnicie, lub czy znajduje się w stanie rozkładu.

W przypadkach dawnego zamarcia płodu operacya daje dość dobre wyniki wyzdrowienia. Pod względem rokowania i techniki, w przypadkach gdy jajo jeszcze nie uległo zakażeniu, niczem się ona niemal nie różni od owaryotomii, powikłanej zrostami.

W początkach stosowania tej operacyi dużo kobiet ginęło wskutek nieodpowiedniego postępowania z łożyskiem, które, po usunięciu płodu, albo zostawiano w worku płodowym, albo usuwano, nie troszcząc się o miejsce jego przyrostu, które było potem źródłem niepohamowanych krwotoków. Atoli od kilkunastu lat, dzięki Olshausenowi[27]) i Breiskyemu[28]) operacya ta zaczęła dawać lepsze wyniki, z powodu, że poczęto usuwać łożysko wraz z workiem płodowym. I gdy dawniej, przy zostawianiu łożyska, śmiertelność wynosiła 33—43%, dziś spadła ona na 5,5%, a nawet do 0%.

Najróżnorodniejsze zadania przedstawia dla chirurga usuwanie części płodu lub jego kosteczek, przedostających się do rozmaitych narządów (jelita, pęcherz, macica), ale to już nie należy do przedmiotu mego odczytu.

Na zakończenie podaję krótką wzmiankę o kilku przypadkach ciąży zewnąrzmacicznej, spostrzeganych przezemnie. Było ich dziewięć tylko, ale w rozmaitych okresach i z rozmaitym przebiegiem.

J—s; wieloródka lat 40, pęknięcie worka płodowego wraz z jajowodem w 3-im miesiącu, znaczny wylew krwawy, głęboki, zagrażający życiu zapad i wstrząs. Poddać się operacyi nie chciała. Powolny, ale zupełny powrót do zdrowia.

2) N., wieloródka, lat 36. Poronienie prawej ciąży jajowodowej w końcu drugiego miesiąca, powtórne dość znaczne krwotoki przy objawach dość silnego zapadu. O operacyi nie chciano słyszeć. Krwistek pozamaciczny, zropienie krwisteku, dość wczesne, samoistne odejście ropy przez otwór w pochwie, wyzdrowienie zupełne.

3) S—r, wieloródka, lat 38. Powtórne krwotoki wewnętrzne z worka płodowego w prawym jajowodzie, którym towarzyszy za każdym razem zapad, dotkliwe bole, wymioty i skąpa wydzielina maciczna. Przechorowawszy dwa miesiące, przyszła zupełnie do siebie. Operacyi poddać się nie chciała.

4) Ta sama w 3 lata później zaszła znowu w ciążę jajowodową prawą; w drugim miesiącu poroniła wśród wszystkich ciężkich objawów i przy niewielkiej wydzielinie krwawej macicznej. Wkrótce jednak stan poprawił się zupełnie.

5) Br—wa, 35-letnia, od 16 lat zamężna, bezdzietna. W 8. tygodniu prawej ciąży jajowodowej nagłe pęknięcie worka płodowego z olbrzymim krwotokiem i tak głębokim zapadem, że wszyscy lekarze, jacy brali udział w ratowaniu chorej, w tej liczbie bardzo doświadczony chirurg, nie decydowali się wykonać laparotomii u chorej, której życie wisiało na włosku. Wezwano jeszcze jednego chirurga, który się podejmował dokonania operacyi, zanim jednak zarządzono odpowiednie przygotowania, stan chorej o tyle się pogorszył, że i ten chirurg od operacyi odstąpił. Chora ta, przy wytrwałem stosowaniu opisanego przezemnie leczenia (wstrzykiwanie środków podniecających, wlewania fizyologiczne, żelatyna, materacyk śrótowy i lód), zaczęła zwolna przychodzić do siebie i po 6 tygodniach wstała z łóżka zdrowa.

6) Kr—s, 27-letnia wieloródka. W 7-ym tygodniu prawej ciąży jajowodowej powtarzające się nieobfite krwotoki z pęknięć powierzchownych worka płodowego przy objawach bolu, wymiotów i omdlenia, poczem występowała skąpa wydzielina krwawa z pochwy. Stosowano, wskutek nierozpoznania ciąży, gorące okłady, lewatywy i środki czyszczące w celu usunięcia, przypuszczanej przez lekarzy niestrawności. Cięcie brzuszne, usunięcie ciężarnego jajowodu prawego — szybkie wyzdrowienie.

7) B—ska, 30-letnia wieloródka. Powtarzające się niewielkie krwotoki z ciężarnego (2 miesiące) lewego jajowodu z objawami znacznego zapadu, wymiotami, bolami. Cięcie brzuszne, wycięcie jajowodu wraz z workiem płodowym. Przebieg pooperacyjny zamącony już od pierwszego dnia przez zapalenie płuc, które, — według wszelkiego prawdopodobieństwa — było wywołane domieszką tlenu do chloroformu. Dalszy przebieg pomyślny, wyzdrowienie zupełne.

8) A—ska, 28-letnia. Po 7-letniem bezdzietnem małżeństwie, zaszła w ciążę zewnątrzmaciczną. Po kilku tygodniach zaczęła doznawać co parę tygodni napadów nagle powstającego w dole brzucha bolu, poczem następowały wymioty i omdlewanie, a następnych dni trochę wydzieliny krwawej z macicy. Leczona w mieście, gdzie przedtem mieszkała, gorącymi okładami, środkami czyszczącymi i morfiną.

Rozpoznawszy ciążę 3-miesięczną w prawym jajowodzie, zalecałem usilnie operacyę, ale chora na razie słyszeć o tem nie chciała, pragnąc donosić do końca. Ostatnie miesiące ciąży przebyła względnie dość znośnie, zawczasu odwiezioną została do kliniki, ale tam, z powodów mnie niewiadomych, opóźniono się z operacyą i, gdy wykonano cięcie brzuszne, wydobyto zupełnie donoszony, na pozór niedawno obumarły płód płci męskiej.

9) T—cka, 25-letnia pierworódka. Zaszła w ciążę wkrótce po wyjściu za mąż. Przebieg ciąży nie jest mi wiadomy. Wezwany zostałem do chorej w parę godzin po urodzeniu się zupełnie donoszonego dziecięcia w celu wydobycia bliźniaka, który jeszcze pozostawał w łonie matki, co najzupełniej potwierdzały oględziny zewnętrzne. Lecz jakże wielkiem było moje zdziwienie, gdy wsunąwszy rękę do macicy, znalazłem ją zupełnie pustą.

Od tego czasu minęło już ze 25 lat, dziś jednak pamiętam najwyraźniej, jak wyczuwałem wtedy różne części płodu i jego dość silne ruchy przez dość cienką ścianę macicy.

O operacyi nie chciano nawet słyszeć, dla tego prostego powodu, że mi nie dała wiary ani chora, ani otaczający ją, którzy nigdy o niczem podobnem nie słyszeli.

Chora leżała długo, potem, gdy się podniosła, zaczęto ją wozić do różnych lekarzy, więcej jednak do znachorów i bab. Przeżyła ona jeszcze 5 czy 6 lat. W ostatnim roku odchodziły przez odbytnicę i przez przetokę, jaka się utworzyła w pępku, kosteczki dziecięce wraz z ropą. Po długiem gorączkowaniu wyniszczała okropnie i zmarła z ropnego zapalenia otrzewnej.

Oceny i sprawozdania.

Dr Ignacy Zielewicz. **Nowe przyczynki do życiorysu Dra Karola Marcinkowskiego na źródłach archiwalnych osnute.** Poznań, nakładem księgarni św. Wojciecha, 1908, str. 130, 8 rycin.

Wśród znakomitych naszych lekarzy ubiegłego stulecia jest kilka postaci, ku którym myśl i pamięć ze szczególnem zwraca się upodobaniem, których obraz wtedy szczególniej przywołujemy sobie przed oczy, gdy wkoło nas chmurzy się horyzont, a społeczeństwo przechodzi ciężkie chwile. Wspomnienie bowiem o tych ludziach ma w sobie siłę krzepiącą, podobnie do ich dzieł, których doniosłość w pełnej mierze dziś dopiero ocenić umiemy. Byli zapewne wśród lekarzy naszych w wieku XIX. znakomitsi uczeni, był cały szereg takich, którzy zdobyli sobie światową sławę na polu wiedzy i wykonawstwa lekarskiego, wszelako do żadnego z nich nie wiąże nas nić równie serdeczna, jak do tych, którzy całą duszę oddali służbie swego społeczeństwa, biorąc sobie za cel życia jego byt i obronę od grożących mu niebezpieczeństw. A wśród tych nazwisk najjaśniej świeci nazwisko Karola Marcinkowskiego, którego głęboka miłość ojczyzny natchnęła proroczem niemal przewidywaniem jej losów i przyszłych najważniejszych potrzeb, i wskazała mu drogi, jak zaspokojenie tych potrzeb najskuteczniej zabezpieczyć.

To też nic dziwnego, że pamięć twórcy »Towarzystwa pomocy naukowej« jest nam wszystkim tak droga i że takie za-

[27]) Deutsche med. Wochenschr. 1890.

[28]) Wiener med. Wochenschr. 1887.

jęcie budzą szczegóły jego krótkiego, a tak płodnego żywota. Godzi się bowiem, aby były one, póki czas, zebrane i przekazane pokoleniom następnym.

Zasłużony biograf Marcinkowskiego, Dr Zielewicz, zdołał obecnie wyjaśnić niektóre, dotąd niedostatecznie zbadane okresy życia Marcinkowskiego, dotarłszy do materyałów źródłowych. Materyały te, do niedawna niedostępne, dotyczą procesów politycznych, wytaczanych temu gronu młodzieży polskiej, wśród którego żył i działał Marcinkowski. Są to akta berlińskiego ministeryum spraw wewnętrznych i policyi w sprawie związku »Polonia«, takież akta z Wrocławia i Poznania, akta osobiste Marcinkowskiego, prowadzone przez policyę pruską aż do jego śmierci, i akta t. zw. sprawy Szumana z tajnego archiwum berlińskiego.

Na podstawie tych aktów przedstawia autor dokładnie historyę towarzystwa »Polonia«, szczegóły śledztwa policyjnego, wynikłe stąd aresztowanie Marcinkowskiego i złożone przez niego o związku tym zeznania. Następnie odźwierciedla autor usiłowania biurokracyi pruskiej, aby sprawie »Polonii« nadać za każdą cenę cechy zbrodni stanu, oraz wdanie się w sprawę namiestnika, ks. Antoniego Radziwiłła, który z godnością i energią stanął w obronie młodzieży Autor przytacza dosłownie bardzo ciekawe listy, wymienione w tej sprawie między Radziwiłłem, a królem Fryderykiem Wilhelmem. Stanowczość księcia namiestnika nie zdołała wprawdzie młodzieży, a wśród niej Marcinkowskiego, całkowicie uchronić, wpłynęła wszelako znacznie na złagodzenie wyroku, który wypadł prawie o połowę łagodniej, niż królowi proponowali kierujący śledztwem ministrowie. Dalej podaje autor szczegóły, poczerpnięte z akt osobistych Marcinkowskiego, a dotyczące jego pierwszego więzienia politycznego, udziału w powstaniu 1830 roku i pobytu na emigracyi, wreszcie powrotu do kraju i powtornego uwięzienia z powodu sprawy Szumana. Między innymi dowiadujemy się obecnie, że Marcinkowski przywiózł z emigracyi 5 prac naukowych, których rękopisy, zabrane przez policyę przy śledztwie, z wyjątkiem jednego przepadły ze szkodą dla naszej nauki, a z uszczerbkiem dla duchowej oceny Marcinkowskiego. Wreszcie podaje autor szereg wiadomości o trzeciem więzieniu Marcinkowskiego, o petycyach władz miejskich poznańskich do króla o złagodzenie kary, a w końcu szczegóły z ostatnich lat życia Marcinkowskiego, zakończone niezwykle ciekawym raportem prezesa poznańskiej policyi, (pod której nadzorem Marcinkowski pozostawał) do ministra stanu o śmierci i pogrzebie Marcinkowskiego. Jako dodatek podaje autor krótki zarys tak zwanej sprawy Szumana.

Autorowi należy się szczera wdzięcznośc za zbadanie źródeł archiwalnych i wydobycie na jaw szczegółów, oświetlających nieznane dotąd momenta życia Marcinkowskiego i dodających nowe rysy szlachetnej jego postaci.

Rozprawę ozdabiają podobizny Marcinkowskiego, Radziwiłła i kilku wybitniejszych członków »Polonii«. *C.*

P. Corret. **Pożytek i możliwość przyjęcia pomocniczego języka międzynarodowego w medycynie.** (Utilité et possibilité de l'adoption d'une langue internationale auxiliare en médecine). Rozprawa doktorska. Paryż 1908, str. 142.

Rozprawa P. Correta, przedłożona Wydziałowi lekarskiemu w Paryżu w celu uzyskania dyplomu doktora medycyny, składa się z sześciu rozdziałów, w których kolejno zostały omówione najważniejsze rzeczy, dotyczące międzynarodowych stosunków lekarskich i znaczenie dla tych stosunków pomocniczego języka międzynarodowego. Autor, zapalony zwolennik sztucznego języka Esperanto, utworzonego przez warszawskiego lekarza Dra Ludwika Zamenhofa, wykazuje w swej rozprawie korzyści, jakieby odniosły zjazdy międzynarodowe lekarskie, międzynarodowe stowarzyszenie Czerwonego Krzyża i wogóle międzynarodowe stosunki lekarskie, gdyby został powszechnie przyjęty międzynarodowy język pomocniczy, a w szczególności Esperanto, jako najlepszy ze wszystkich dotychczasowych projektów języków międzynarodowych i rozwiązujący w sposób zadowalniający zagadnienie pomocniczego języka międzynarodowego.

Rozprawa Dra Correta zawiera więcej, aniżeli tytuł jej obiecuje, gdyż znajdujemy w niej nietylko roztrząsania o pożytku międzynarodowego języka pomocniczego w medycynie, lecz także dość obszerne wiadomości o samym języku Esperanto i o jego dotychczasowem powodzeniu. — Na dowód łatwości Esperanta i jego niepospolitych zalet przytacza autor zdania rozmaitych ludzi wybitnych, między innemi Lwa Tołstoja, Karola Richeta i Boiraca, rektora Akademii w Dijon. Tołstoj pisze, że Esperanto jest tak łatwy, iż po dwugodzinnej nauce tego języka mógł już czytać artykuły w języku esperanckim. — Richet twierdzi, że w ciągu sześciu miesięcy można posiąść gruntownie język esperancki, to znaczy, że można nim władać w mowie i piśmie; natomiast po dwuletniej nauce niemieckiego i po roku nauki angielskiego osiąga się zaledwie słabą znajomość tych języków. — Boirac zwraca uwagę na niesłychane bogactwo nowego języka, który, zdaniem jego, jest bogatszy nietylko od francuskiego, lecz nawet od angielskiego, niemieckiego i starożytnego greckiego.

Dzięki swemu bogactwu i niezwykłej łatwości język Esperanto zjednywa sobie coraz liczniejszych zwolenników. Liczbę samych czasopism esperanckich, wychodzących w najrozmaitszych krajach, oblicza Corret na 66, z których 13 należy do czasopism specyalnych. Co się tyczy czasopism lekarskich, to przedtem wychodził międzynarodowy »Przegląd lekarski« (Internacia Revuo Medicina), a obecnie wychodzi »Voco de Kuracistoj«, redagowany i wydawany przez Dra S. Mikołajskiego we Lwowie. Prócz tego artykuły lekarskie w języku esperanckim umieszcza także międzynarodowy »Przegląd naukowy« (Internacia Scienca Revuo). Przytaczając tytuły mnogich artykułów, napisanych w języku esperanckim, wydrukowanych w Internacia Scienca Revuo i w Internacia Revuo Medicina, sądzi Dr Corret, że Esperanto nadaje się w zupełności do traktowania najrozmaitszych spraw lekarskich. — Rozprawa Correta nacechowana jest sumiennością w opracowaniu tematu i wielką skrzętnością w zebraniu wszelkich wiadomości, dotyczących zastosowania Esperanta w medycynie. *A. Wrzosek.*

Simmonds: **O postaci i położeniu żołądka w warunkach prawidłowych i nieprawidłowych.** (Über Form u. Lage des Magens unter normalen und abnormen Bedingungen). Jena, Gustaw Fischer, str. 54, z 10 rysunkami w tekscie i 12 tablicami.

W poszukiwaniach, dotyczących postaci i położenia żołądka, przychodzili anatomowie patologiczni klinicystom dotychczas z bardzo niewielką pomocą. Przyczyną tego był, zdaniem Simmondsa, brak wiernych fotograficznych zdjęć ułożenia trzew brzusznych, bez czego niepodobna było dojść do ścisłych wniosków. Brak ten postanowił Simmonds zapełnić, przyczem zdawał sobie dokładnie sprawę z tego, że położenie trzew w zwłokach niezupełnie odpowiada stosunkom za życia; jednakże przez liczne porównania wyników badania klinicznego z własnymi wynikami badania anatomicznego doszedł do wniosku, że przy odpowiedniem postępowaniu i stosownym doborze przypadków, różnice te nie mają praktycznego znaczenia. Ogłoszone obecnie wyniki oparł S. na setkach zdjęć fotograficznych ze zwłok, leżących poziomo, zdjęcia wykonał zapomocą stosownie zbudowanej kamery.

Prawidłowe położenie żołądka u człowieka dorosłego nie jest takie, jak je podawali dawniejsi anatomowie. Z dokładnych bowiem badań, podjętych w ostatniem piętnastoleciu, okazało się, że p r a w i d ł o w y żołądek u człowieka dorosłego ustawiony jest swoją długą osią mniej lub więcej pionowo. Co do postaci żołądka prawidłowego, to pod tym względem zdania się rozchodziły, mianowicie Rieder twierdził, że żołądek prawidłowy ma kształt syfonowaty, t. zn., że część jego przedodźwiernikowa leży niżej, niż sam odźwiernik, najniższy punkt krzywizny wielkiej niżej, niż najniższy punkt odźwiernika. Natomiast Holzknecht utrzymuje, że prawidłowy żołądek ma kształt wązkiego, skośnie ustawionego kanału (podobnego do rogu bawolego), którego najniższym punktem jest odźwiernik. Ze swoich badań wnosi S., że prawda jest w pośrodku, że nie ma jakiegoś jednego stałego typu, któryby należało uważać wyłącznie za prawidłowy, lecz że zarówno typ, opisany przez Riedera, jak i Holzknechta, za prawidłowy uznać trzeba. Żołądek prawidłowy, zależnie od wypełnienia, wystaje zawsze mniej lub więcej poza brzeg wątroby, kryjąc się pod nim tylko u płodu i u noworodka, u których żołądek jest bardzo wązki. U dorosłych takie wązkie, całkowicie przez wątrobę zakryte żołądki zdarzają się tylko wyjątkowo przy bardzo znacznem wyniszczeniu po uporczywych wymiotach. Ilekroć S. spotkał uderzająco wązki, mały żołądek, znajdował zawsze chorobowe przyczyny tego stanu i dlatego odrzuca samoistną małość żołądka (mikrogastria), przypuszczaną przez Benderskyego. Przy znaczniejszem rozszerzeniu żołądka prawidłowego nie zmienia się prawie wcale położenie wpustu i odźwiernika, bardzo nieznacznie zmienia się położenie krzywizny małej, a tylko krzywizna wielka obniża się, nieraz znacznie. W innych przypadkach jednak rozszerzenie takie nie wywołuje obniżenia się krzywizny wielkiej, lecz obrót żołądka około osi poziomej w ten sposób, że krzywizna wielka zwraca się ku przodowi i przylega do przedniej

ściany brzusznej. U dorosłych zdarza się to rzadko, natomiast bardzo często u mniejszych dzieci, zwłaszcza u osesków, u których stan ten stwierdził Simmonds w 80% przypadków, a nawet spotykał śród nich takie, gdzie krzywizna wielka zwrócona była prawie wprost ku górze. Tę częstość takiego stanu u osesków tłómaczy S. tem, że z powodu stosunkowo znaczniejszej szerokości dolnego otworu klatki piersiowej jest u osesków przepona mniej wysklepioną, przez co żołądek łatwiej w ten sposób obrócić się może; takie położenie krzywizny wielkiej zależy zaś w pierwszym rzędzie od wypełnienia jelit, szczególniej zaś od rozdęcia okrężnicy. Rozdęta okrężnica poprzeczna nie dozwala krzywiźnie wielkiej przy rozszerzaniu się żołądka obniżać się, lecz zmusza ją do obrotu ku przodowi. Takie położenie żołądka ma pod względem rozpoznawczym pewne znaczenie kliniczne, o ile chodzi o dzieci. Mianowicie przy rentgenizacyi żołądka uważa się zwykle dolną granicę cienia za krzywiznę wielką; tymczasem wniosek taki będzie zupełnie fałszywy u dziecka, u którego krzywizna wielka przy rozszerzeniu żołądka zwróciła się ku przodowi. Dlatego obrazy rentgenowskie żołądka u dzieci należy oceniać z wielką rozwagą i bacznie przy tem uwzględniać stan napełnienia jelit. — Uderzająco wielkie, ale prawidłowe zresztą żołądki znajdował S. najczęściej przy zapaleniach otrzewnej, zawsze jednak obok bębnicy jelit. Rozdęcie znaczne samego tylko żołądka bez zmian chorobowych w tym narządzie znalazł S. kilkakrotnie przy urazach układu nerwowego i innych jego zmianach, szybko wywołujących śmierć, co przemawiałoby za zdaniem niektórych autorów, że sam tylko wpływ układu nerwowego może wywołać ostre rozdęcie żołądka. — Mniejszym zmianom, niż krzywizna wielka, ulega w żołądku prawidłowym kształt i położenie krzywizny małej, chociaż i tutaj odmiany są liczne. Najczęściej przebiega znaczna część krzywizny małej pionowo lub skośnie, a dopiero koniec jej, część przedodźwiernikowa, zagina się i zdąża mniej lub więcej poziomo ku odźwiernikowi. Odźwiernik w warunkach prawidłowych znajdować się może na różnej wysokości (od XI kręgu piersiowego do II lędźwiowego). W każdym jednak razie w prawidłowych warunkach jest odźwiernik, jakoteż i krzywizna mała, przykryty przez wątrobę, i dopiero wtedy, gdy odźwiernik i krzywizna mała wystają z pod brzegu wątroby, uważa to S. za nieprawidłowe obniżenie żołądka.

Przy opadnięciu żołądka mają znaczenie następujące czynniki: Nizkie ustawienie przepony, zdarzające się przy wysokich stopniach garbu, wązkość dolnego otworu klatki piersiowej u osób z klatką piersiową długą i wązką, zmniejszenie górnej części jamy brzusznej przez sznurówki, paski itp., zwiotczenie powłok brzusznych, zdarzające się bardzo często u kobiet, szczególniej po liczniejszych porodach, a dość często w starszym wieku i w toku chorób wyniszczających, wreszcie trwale utrzymujące się zbyt małe wypełnienie jelit, jakie się zdarza u starców i w charłactwie. Co do częstości opadnięcia żołądka zdania są podzielone. Jedni autorowie uważają je za dość rzadkie, inni twierdzą, że występuje ono u 90% kobiet (Meinert). Jeżeli jednak za opadnięcie żołądka uważać tylko takie przypadki, w których odźwiernik wystaje z pod brzegu wątroby, to według S. zdarza się opadnięcie żołądka u dorosłych mężczyzn między 15 a 50 rokiem życia w 3%, u dorosłych kobiet w 50% przypadków. Powyżej 50 roku życia spotyka się opadnięcie żołądka coraz częściej, poniżej 15 roku życia prawie nigdy się ono nie zdarza. Istniejący dotąd między klinicystami spór, czy przy opadnięciu żołądka wpust pozostaje zawsze na miejscu, czy też się obniża, rozstrzyga S. w ten sposób, że wprawdzie wpust bywa obniżony w każdym takim przypadku opadnięcia, w którym obniżona jest przepona, że jednak zdarzają się także przypadki opadnięcia żołądka, przy których wpust stoi na wysokości prawidłowej, tj. na wysokości XI kręgu piersiowego. Wynika stąd, że w opadnięciu żołądka nie zawsze uczestniczą wszystkie jego części. Klinicznie przyjmuje się, że opadnięciu towarzyszy zawsze rozszerzenie żołądka; jednakże na stole sekcyjnym znajduje się opadnięte żołądki najróżniejszej wielkości, a nawet wcale nierozszerzone. Rozszerzenie w tych przypadkach uważać należy zawsze za zjawisko wtórne, będące dopiero następstwem opadnięcia; jednakże rozszerzenie takie w dalszym ciągu wywoływać musi wzmaganie się opadnięcia tak, że w końcu wytwarza się koło błędne. Największe stopnie rozdęcia żołądka zdarzają się wtedy, jeżeli do istniejącego już opadnięcia dołącza się zwężenie odźwiernika przez nowotwór; oprócz tego najznaczniejsze rozszerzenia opadniętych żołądków spotykał S. u osób garbatych. Przy znaczniejszem opadnięciu żołądka zdarza się często rozszerzenie poziomej gałęzi dwunastnicy, przyczem łatwo powstaje załamanie jej w tem miejscu, gdzie zaczyna się mniej ruchoma gałąź pionowa. Opadnięte, a jednak bardzo wązkie żołądki spotykał S. nierzadko u starców; wyjątkowo zdarzają się takie obrazy także u osób młodszych, co zresztą dowodzi, że nadmierne rozdęcie żołądka nie ma zbyt wielkiego znaczenia w etyologii opadnięcia żołądka i że działają tu inne, wyżej wymienione czynniki. Dość osobliwą odmianą opadnięcia żołądka jest ta, w której nie uczestniczy odźwiernik, a zdarza się to wtenczas, jeżeli istnieją ścisłe zrosty między odźwiernikiem a wnęką wątroby lub pęcherzykiem żółciowym.

Ponieważ większość przyczyn, wywołujących opadnięcie żołądka, działa zarazem także i na inne narządy jamy brzusznej, przeto rzecz prosta, że opadnięcie żołądka bywa najczęściej połączone z opadnięciem trzew, z których przedewszystkiem sprawa ta dotyka okrężnicy poprzecznej, trzustki i nerek. Trzustka nie obniża się zwykle tak znacznie, jak odźwiernik i dlatego nieraz przy opadnięciach żołądka leży poniżej brzegu wątroby, ale powyżej obniżonego odźwiernika i krzywizny małej. Czasem znów leży trzustka przy opadnięciu trzew skośnie, zamiast poziomo. Okrężnica poprzeczna bywa opadnięta przy każdem opadnięciu żołądka, ale nie w tym samym stopniu; może ona obniżyć się nieraz bardzo znacznie, aż ku spojeniu łonowemu, chociaż żołądek obniżył się bardzo niewiele. To zależy prawdopodobnie od wrodzonego słabego umocowania okrężnicy, pzzyczem, być może, odgrywa pewną rolę nawykowe przepełnienie okrężnicy kałem. S. nie podziela zdania, jakoby opadnięcie okrężnicy miało być wogóle przyczyną opadnięcia żołądka; oba te stany, jeżeli zdarzają się razem, są zwykle następstwem wspólnej, równocześnie na oba narządy działającej przyczyny. Tylko wyjątkowo zdarzają się przypadki, gdzie można przypuszczać, że opadająca okrężnica pociągnęła za sobą żołądek, który pierwotnie nie był opadnięty; natomiast nie da się zaprzeczyć, że opadnięcie okrężnicy może potęgować opadnięcie żołądka, już poprzednio istniejące. Wyjątkowo mogą także wywoływać lub potęgować opadnięcie żołądka (przez pociąganie) zrosty sieci, jej nowotwory i t. d.

Oprócz opadnięcia żołądka zdarza się jeszcze często jego przesunięcie, a to najczęściej ku tyłowi, rzadziej na bok, przez wsuwającą się pomiędzy żołądek a ścianę brzuszną pętlę okrężnicy. O ile opadnięcie żołądka i okrężnicy mają większe znaczenie kliniczne, ponieważ wywołują bardzo często różne dolegliwości, to odsunięcie żołądka ku tyłowi i przykrycie przez okrężnicę o tyle tylko wchodzi klinicznie w rachubę, o ile może stanowić pewną przeszkodę w badaniu fizycznem żołądka, natomiast żadnych dolegliwości nie sprawia, ponieważ przy znaczniejszem wypełnieniu żołądka przykrywająca go od przodu, a (prócz bardzo rzadkich wyjątków) swobodnie ruchoma pętla okrężnicy usuwa się znów ku dołowi. Takie »pętle« okrężnicy poprzecznej są prawie zawsze stanem, polegającym na wrodzonej nadmiernej długości okrężnicy poprzecznej, a tylko spotęgowanym w późniejszem życiu przez nadmierne jej wypełnienie; tylko wyjątkowo wytworzyć się może »pętla« okrężnicy poprzecznej wskutek zbliżania się ku sobie obu jej zgięć, wątrobnego i śledzionowego, pod działaniem uciskających części ubrania. Jako stan wrodzony zdarza się »pętla« okrężnicy poprzecznej nie tyle wskutek prawdziwej nadmiernej długości całego jelita grubego, ile wskutek tego, że w tych razach kątnica leży bardzo wysoko, nieraz tuż pod wątrobą, a początkowa część okrężnicy przechodzi odrazu w część poprzeczną, która jest nadmiernie długa, ale tylko w stosunku do innych części jelita grubego. W tych przypadkach bywa i kątnica zwykle bardzo ruchoma i może leżeć w różnem położeniu, np. przed żołądkiem, przed wątrobą i t. p.

Oprócz opadnięcia i odsunięcia przez okrężnicę może żołądek zmieniać położenie w przypadkach nowotworów innych trzew brzusznych. I tak, nowotwory wątroby odsuwają żołądek zazwyczaj ku tyłowi, rzadziej na lewo lub ku dołowi. Powiększenia i nowotwory śledziony wpływają na żołądek rozmaicie, tak że niema żadnego prawidła, któremuby podlegała zmiana położenia żołądka w tych przypadkach. Nowotwory trzustki zmieniają położenie żołądka tylko wtenczas, jeżeli są bardzo wielkie; stosunkowo częściej zdarza się przesunięcie żołądka przy nowotworach nerki. Każde większe wypełnienie jamy brzusznej odsuwa żołądek ku górze; zdarza się to więc przy każdej znaczniejszej puchlinie brzusznej, bębnicy jelit i t. p. Osobliwą kombinacyą jest wysokie ułożenie żołądka obok opadnięcia jelita cienkiego, znalezione przez S. kilkakrotnie u osób zgrzybiałych i wyniszczonych. Wytłómaczenie takiego stanu jest trudne; nie oświadczając się stanowczo, przypuszcza S., że stan ten jest wynikiem ucisku (opasywanie się na wysokości pępka lub niżej) przy zwiotczeniu krezki i jelitach zapadniętych, prawie pustych. Czy i jakie istnieją kliniczne objawy takiego stanu, niewiadomo.

Wreszcie rozpatruje S. zniekształtnienia żołądka, z których praktyczne znaczenie ma przedewszystkiem t. zw. żołądek klepsydrowaty, powstający, jak wiadomo, wskutek bliznowatego przewężenia żołądka.

W końcu porusza S. sprawę t. zw. wrodzonego zwężenia odźwiernika, dotychczas niejasną. Stan ten napotkał S. w 4 przypadkach u osesków i doszedł na podstawie porównawczych pomiarów mikrometrycznych do wniosku, że polega on na prawdziwym przeroście mięśni odźwiernika, jako zboczeniu wrodzonem. Jednakże podstawą objawów chorobowych klinicznych jest w tych przypadkach, zdaniem S., nie przerost pierścienia mięsnego sam przez się, lecz dopiero skurcz przerosłych mięśni; w ten tylko sposób można wytłómaczyć, dlaczego pomimo istniejącej zmiany anatomicznej, przerostu mięśni odźwiernika, mogą kliniczne objawy wrodzonego zwężenia odźwiernika ustąpić, a pod ponownem działaniem czynników szkodliwych powracać. *Ciechanowski.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Determann. **Jarski sposób życia u ludzi zdrowych.** (*Beihefte zur Med. Klinik*, V Nr 3). Jarcy twierdzą, że dyeta roślinna wpływa korzystnie nietylko na stronę fizyczną, ale i na stronę moralną, dyeta mięsna zaś zatruwa ustrój i wpływa demoralizująco. Zauważyć jednak należy, że zwykle ludzie, przechodzący do jarskiego sposobu życia, dopełniają dyetę także ćwiczeniami fizycznemi, wstrzymywaniem się od wybryków, wyskoku, kawy, palenia tytoniu itp. Rozróżniamy 3 rodzaje jarskiego sposobu życia: 1) ścisły, 2) »liberalny«, 3) mięszany. Przy sposobie ścisłym, w całem tego słowa znaczeniu, unika się wszelkich przetworów pochodzenia zwierzęcego, a spożywa tylko roślinne i to surowe. »Liberalni« jarcy gotują potrawy, spożywają chleb, miód itp., a wreszcie są i tacy, którzy do dyety jarskiej zaliczają także mleko, sery, masło i jaja. Chcąc rozstrzygnąć pytanie, czy dyeta jarska jest wystarczającą do życia lub nawet korzystną, to najpierw trzeba zaznaczyć, że dawne obliczenia Voita ilości białka, potrzebnego do życia (118 grm), są za wysokie. Nawet przy pracy według badań Chittendena wystarcza 50—60 grm białka, a tyle zwykła dyeta jarska dostarcza. Większe ilości białka są dla ustroju koniecznie potrzebne jedynie: 1) w okresie wzrostu, 2) u ozdrowieńców, 3) wśród karmienia, 4) w czasie długotrwałego ropienia, krwawień, 5) przy silnych utratach tłuszczu (leczenie odtłuszczające) i skąpem pobieraniu tłuszczów i węglowodanów. Białko roślinne, odpowiednio podane, wyzyskuje ustrój zupełnie taksamo, jak i białko zwierzęce, albowiem ustrój nie odkłada tego białka, jak dawniej przypuszczano, lecz zmienia je zupełnie w białko krążące i w organiczne połączenia tkankowe. W mięsie jest dużo ciał nukleinowych, które podane w większej ilości wprost szkodzą, wywołując nadmiar kwasu moczowego. Nie da się jednak zaprzeczyć, że ciała nukleinowe znajdują się i w roślinach, jak np. strączkowych i t. p., a nadto wiele roślin zawiera w sobie alkaloidy, kofeinę, teobrominę, teofilinę, które również wywołują zwiększone wydzielenie się ciał nukleinowych w moczu. Bezwarunkowo jednak szkodliwe jest nadużywanie mięsa, zwłaszcza bulionów, wyciągów mięsnych, sosów itp. szczególnie przy siedzącym trybie życia. Dyeta roślinna okazała się wszędzie bardzo korzystną. Najlepszym przykładem mogą być Japończycy w ostatniej wojnie. Pożywienie roślinne jest przytem o wiele tańsze, niż mięsne i na odpowiednie do życia pokarmy roślinne zdobyć się może i najuboższy. Spożywamy mięsa dwa do trzech razy więcej, niż potrzeba. Z zestawień statystycznych wynika, że np. ze 100 gramów białka roślinnego, które kosztuje, średnio biorąc, 14 halerzy, wyzyskuje ustrój 80—90%; ze 100 grm. zaś białka mięsnego (kosztuje około 90 halerzy) — około 90—97%, odpowiednia zaś ilość somatozy kosztuje kilka koron. Również tłuszcze roślinne są znacznie tańsze, niż zwierzęce. Białko roślinne powinno być jednak dobrze podane, a więc przedewszystkiem nie zawsze w surowym stanie, gdyż wtedy wiele z niego odchodzi niezużytkowane. Nie wynika z tego, by spożywanie mięsa uważać za zbrodnię, należy jednak mięso spożywać w ilościach znacznie mniejszych, niż dotychczas, pamiętając, że i jarski sposób życia nietylko zupełnie wystarcza, ale nawet zdrowy jest bardzo. Nie należy jednak przerzucać się odrazu z jednej ostateczności w drugą i zmiana w trybie życia powinna zawsze odbywać się stopniowo. *K.*

Simmonds. **O cukrzycy brązowej i marskości barwikowej.** (*Berlin. klin. Wochs.* 1909 Nr 12). Hemochromatoza i marskość wątroby powstają niezależnie od siebie i są z reguły następstwem przewlekłego zatrucia wyskokiem. Spotykaną w pewnych przypadkach cukrzycy brązowej trójcę objawów: hemochromatozę, marskość wątroby i zmiany w trzustce (w następstwie ich cukromocz), odnieść należy do działania jednego i tego samego czynnika szkodliwego, którym jest wyskok. *W. Kluger.*

Prof. Hirschfeld. **Powstawanie cukrzycy.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 4). Autor opisuje spostrzegany przez siebie przypadek cukrzycy, która wystąpiła w lekkiej postaci bez zwiększenia ilości moczu u 46-l. chorego, obciążonego dziedzicznie i ustąpiła po 4 miesiącach, poczem powróciła po urazie i utrzymywała się już stale. Przed wystąpieniem cukrzycy chory kilkakrotnie przebywał grypę. Przypadek ten w pierwszym okresie choroby nadawałby się do objaśnienia zapomocą zmian zapalnych w trzustce, powstałych może pod wpływem zakażenia grypowego. Za tem świadczyłoby ustąpienie sprawy po kilku miesiącach, brak zwiększenia ilości moczu. Nawiązując do tego przypadku, wypowiada autor zapatrywanie, iż najczęstszą przyczyną cukrzycy jest zmiana zapalna przewlekła w trzustce, powstała pod wpływem drobnoustrojów, czy też toksyn, podczas chorób zakaźnych tam się dostających, a doprowadzająca do zaniku tego narządu. Autor przypuszcza, iż w już zmienionym narządzie przy zastoju wydzieliny może nastąpić zakażenie ze strony przewodu pokarmowego, które za przyczynę cukrzycy uważają Gilbert i Lereboullet. Natomiast autor nie skłania się do upatrywania przyczyny cukrzycy w miażdżycy, kile, nadużywaniu wyskoku, w zapaleniu pęcherzyka żółciowego i w kamicy wątrobnej. Wreszcie zwraca autor uwagę na częstość występowania podobnych zmian w trzustce, jak przy cukrzycy i przy marskości wątroby, czyto zanikowej, czy przerostowej, czy nawet pozimniczej. Rzadkość występowania cukrzycy w przebiegu marskości wątroby tłómaczy H. hamującym wpływem zmian, toczących się w wątrobie lub zależnych od nadużywania wyskoku, na cukromocz. Podobny wpływ zauważono już dawno przy zapaleniu nerek. *Dr Skórczewski.*

Doc. Giza Fodor. **Leczenie morskie dny przewlekłej.** (*Wiener med. Wochs.* 1909, Nr 1). Autor powstaje przeciwko rozpowszechnionemu poglądowi, iż leczenie morskie jest przeciwwskazane w przewlekłej dnie, a zwłaszcza, że kąpiele na otwartem morzu powinny być wzbronione cierpiącym na dnę. Opierając się na pracach Glaxa o morzu Adryatyckiem, oraz wogóle na istniejącem piśmiennictwie, autor wypróbował leczenie w Abbazyi u kilku dnawych z bardzo dobrymi wynikami. Wywodzi on, że chorzy na dnę zupełnie inaczej oddziaływają na kąpiele w Morzu Północnem, niż na kąpiele w Adryatyku i Morzu Śródziemnem, i o ile na południu w ciepłych letnich miesiącach mogą tacy chorzy bez większych ostrożności i bez wszelkiego narażenia się na niebezpieczeństwo korzystać z kąpieli morskich, o tyle znów Morze Północne wpływa zwykle niekorzystnie i często wywołuje napady ostrej dny. *Dr S. Rudzki.*

L. Thumim. **Stosunek przysadki mózgowej do jajników.** (*Berliner klin. Wochenschr.* 1909, Nr 14). W przypadku akromegalii, opisanym przez T., pojawienie się charakterystycznych objawów tej choroby wyprzedziły zaburzenia w miesiączkowaniu, a wreszcie zupełne ustanie miesiączki. Autor dopatruje się związku pomiędzy odpadnięciem czynności gruczołów płciowych, a rozwijaniem się nowotworu przysadki i sądzi, że chodzi tu o toksyczny wpływ nadmiernie wytwarzającej się wydzieliny przysadki. Dowodem tego byłby także fakt, że w przypadku tym podawanie tabletek z przysadki miało wpływ raczej szkodliwy. Jeśli się przyjmie istnienie antagonizmu pomiędzy przysadką, a jajnikami, to możnaby próbować podawać w dużych dawkach tabletki jajnikowe, a z drugiej strony, przy krwawieniach pochodzenia jajnikowego, lub przy chorobliwie podniesionej pobudliwości płciowej, będącej wynikiem wzmożonej czynności jajników, podawać tabletki z przysadki. *W. Kluger.*

Kiriejew. **W sprawie rozpoznawczego znaczenia odczynu ocznego i skórnego w gruźlicy.** (*Medic. Obozr.* 1909. Nr 3). Odczyn oczny Calmettea i skórny Pirqueta wykrywają obecność w ustroju ogniska gruźlicy bez względu na to, czy sprawa postępuje naprzód, czy też przycichła. K. wziął sobie za zadanie zbadać, czyby nie było można, zmniejszywszy zgęszczenie roczynu tuberkuliny, wywoływać odczyn tylko w przypadkach gruźlicy czynnej. Do odczynu ocznego używał K. roczynu 0,1%, do odczynu skórnego 0,4% Tuberculin-Test Höchst. Szczepienia dokonał u 225 chorych, w tej liczbie u 56 niewątpliwie gru-

źliczych i u 10 podejrzanych o gruźlicę. Odczyn skórny dawał najczęściej wynik dodatni: 53 razy; odczyn oczny dał wynik dodatni 27 razy. Przytem we wszystkich tych przypadkach, w których odczyn oczny był dodatni, odczyn skórny był także dodatni. W 56 przypadkach stwierdzono gruźlicę zapomocą badadania mikroskopowego. Wyniki swych spostrzeżeń zestawia K. w tablicy; oprócz tego we wszystkich przypadkach z odczynem dodatnim podaje dane kliniczne, przemawiające za gruźlicą, we wszystkich zaś przypadkach, które zakończyły się śmiercią, wynik sekcyi. Nakoniec w kilkunastu przypadkach wykonał K. powtórne szczepienia. Rozpatrując spostrzeżenia K. można zauważyć, że w przypadkach daleko posuniętej sprawy chorobowej odczyn nie daje wyniku dodatniego. Im mniej posuniętą jest sprawa gruźlicza, tem silniejszy jest odczyn; w miarę pogarszania się sprawy odczyn słabnie. Z 53 przypadków odczynu dodatniego, tylko w 5 ani badanie przedmiotowe, ani wywiady nie dostarczyły niczego, coby przemawiało za gruźlicą. Dalszy los tych chorych nie jest znany. Natomiast w 2 przypadkach odczynu dodatniego badanie kliniczne po kilku miesiącach potwierdziło poprzednie rozpoznanie. Na podstawie swych spostrzeżeń dochodzi K. do następujących wniosków: 1) odczyn tuberkulinowy jest swoisty dla gruźlicy; 2) odczyn dodatni oczny lub skórny przy użyciu tuberkuliny w zgęszczeniu, wskazanem przez autora, dowodzi obecności gruźlicy czynnej; 3) odczyn skórny jest delikatniejszy i czulszy od odczynu ocznego; 4) jednakowoż oba odczyny dopełniają się nawzajem i odczyn oczny ważniejszy jest dla rokowania; 5) odczyn ujemny wskazuje na nieobecność gruźlicy lub na bardzo daleko posuniętą sprawę, która już może być określona przez badanie kliniczne; 6) obydwa odczyny mają ogromne znaczenie dla rozpoznania początkowych okresów gruźlicy.

L. Mańkowski.

G. Billard. **Leczenie gruźlicy płucnej wdychiwaniem pyłów grynszpanu.** (*Presse méd.* 1909. Nr 28). Przekonawszy się, że robotnicy zajęci w fabrykach grynszpanu i wdychający całymi dniami kurz grynszpanu, przecie nigdy nie kaszlą i że nawet suchotnicy bardzo wyniszczeni i plujący krwią, w takich fabrykach poprawiają się na zdrowiu i przestają kaszleć i pluć krwią, poleca autor swym chorym rozpylanie i wdychiwanie grynszpanu (zasadowego octanu ołowiu). Chory kupuje kilogram grynszpanu i przez $^1/_2$ godziny rano i wieczór rozrzucając go po pokoju, wznieca kurz i stara się nim oddychać. Dotychczas leczyło się w ten sposób 30 chorych. U wszystkich miał stwierdzić autor zmniejszenie się lub zniknięcie kaszlu, przybytek na wadze, poprawę sił, zmniejszenie się lub ustąpienie odkrztuszania oraz przedmiotową poprawę w stanie chorego. Autor tłómaczy sobie działanie tego środka w ten sposób, że grynszpan, dostawszy się do płuc, rozkłada się, a czynnikiem leczącym jest kwas octowy »in statu nascendi«. Autor ma nadzieję, że zapatrywanie to potwierdzą dalsze próby z innymi octanami. *Stahr.*

Kaszkadamow. **Niektóre dane o szczepieniach ochronnych przeciw cholerze w Petersburgu.** (*Wraczebn. Gazeta* 1909, Nr 5). W r. 1908 otwarto w Petersburgu 11 stacyi dla szczepień ochronnych. Wszystkich szczepień wykonano 30.078 u 16.011 osób; liczba to bardzo niewielka wobec $1^1/_2$-milionowej ludności miasta. W tej liczbie było 39,7% szczepień jednokrotnych, 32,8% — dwukrotnych, i 27,5% — 3-krotnych. Największego kontyngensu do szczepień dostarczyli robotnicy i rzemieślnicy 30,5%, zarobnicy dzienni 15,7%, osoby bez określonego zajęcia 17,7%, handlarze 9,5%, służba 6,1%, klasy inteligentne zaledwo 2%. — Odczyn po szczepieniu zauważono w 34,6% wszystkich przypadków. Z tych odczyn lekki 54,1%; mierny 32,4%; silny 13,5%. W niektórych przypadkach odczyn po drugiem szczepieniu był silniejszy, niż po pierwszem. Za lekki odczyn uważano miejscowy tylko odczyn bez zmian w ogólnym stanie zdrowia; za mierny: odczyn miejscowy, obok niego pewne niewielkie objawy ogólne; za silny: ogólny odczyn z objawami ze strony przewodu pokarmowego, jakoto: nudności, wymioty, rozwolnienia. Z liczby szczepionych zachorowało na cholerę 9, ale zdarzyło się to tylko albo w pierwszych dniach po pierwszem szczepieniu, kiedy odporność jeszcze się nie rozwinęła, albo po kilku miesiącach, kiedy odporność mogła już przeminąć. *Dr L. Mańkowski.*

Wasserthal. **O wpływie odżywiania przez odbytnicę na wydzielanie soku żołądkowego.** (*Medycyna i Kron. lek.* 1909, Nr 16—17). Wskazaniami do odżywiania przez odbytnicę są: niedrożność przewodu pokarmowego, pozostawienie żołądka lub kiszek w spokoju w durze, przy wymiotach nerwowych i u ciężarnych, u chorych na wiąd, świeżo po zabiegach chirurgicznych na żołądku i jelitach, przy otruciach płynami żrącymi, a wreszcie w celu odżywczym. Głównie wchodzą tu w rachubę, następujące pytania: 1) Czy wogóle lewatywy odżywcze mają wartość, i jaką, ewentualnie które z pokarmów nadają się najlepiej do tego? 2) Czy można je stosować często, i jak długo bez szkody, a z pożytkiem dla chorego, ewentualnie jakie są przeciwwskazania do stosowania lewatyw? W najlepszym razie znosi chory 1—3 wlewań na dobę, z których najwyżej zużytkowuje się 600—900 kaloryi, gdy natomiast ustrój potrzebuje 2000 do 2500 na dobę. Lewatywa odżywcza nie sięga bardzo wysoko, i wątpliwą jest rzeczą, czy choć trochę z niej dostaje się aż poza zastawkę Bauhina, choć tak twierdzą niektórzy angielscy badacze (Cannon, Elliot i t. p.), którzy dowodzą, że w okrężnicy wstępującej wykazać można przy lawatywie wyraźny ruch przeciwrobaczkowy. Badania Czernego i innych dowiodły, że u człowieka jelito grube wyzyskuje tylko nieznaczne ilości białka i tłuszczu, a jeszcze stosunkowo najlepiej węglowodany. Przy dłuższem stosowaniu lewatyw występuje za silne gnicie, wywołujące podrażnienie błony śluzowej, a przez to niemożność dłuższego zatrzymania lewatywy. Wobec braku fermentów w okrężnicy polecano dodawać do lewatyw papainę, substancyę trzustki, pankreon i t. p. i Wegele miał przytem otrzymywać wcale dobre wyniki. Woda, sól i wyskok ulegają z lewatywy prawie w całości wessaniu. Wartość więc lewatyw odżywczych, jak z tego widzimy, jest bardzo względna. Zachodzi jeszcze pytanie, jak działa lewatywa odżywcza na górne narządy trawienia, czy n. p. nie drażni odruchowo żołądka i t. p. Pytanie to ważne jest ze względu na stosowanie lewatyw odżywczych, n. p. przy wrzodzie żołądka i t. p. Zdania autorów pod tym względem są różne. Winternitz n. p. twierdzi, że lewatywy wywołać mogą silne podrażnienie żołądka, a nawet wymioty. Do wręcz przeciwnego wniosku doszedł Ziarko, który twierdzi, że lewatywy obniżają nawet ilość wydzielanego kwasu żołądkowego. Dla rozstrzygnięcia tej sprawy wykonał W. badania na psach, u których Prof. Bickel wykonał operacyę t. zw. małego żołądka Pawłowa i przekonał się, że wogóle lewatywy nie wpływają znacznie na wydzielanie soku żołądkowego. Jedynie wyskok wywołuje bardzo wyraźne, lecz krótkotrwałe podniesienie się ilości i ogólnej kwaśności soku żołądkowego. Natomiast n. p. żelatyna obniża wydzielanie, podobnie pepton. W. wysnuwa ze swych badań następujące wnioski, mające wagę i dla życia praktycznego: 1) Przez lewatywy odżywcze niewiele chorym przysparzamy pożywienia, bo w najlepszym razie szóstą — do ósmej części zapotrzebowania. 2) Lewatywy wywołać zaś mogą zaburzenia w okrężnicy, których skutek wprost szkodzić może choremu przez biegunki i zbytnie gnicie w jelitach. 3) Lewatywy odżywcze mogą też odruchowo działać na górne części przewodu pokarmowego, zwłaszcza jeżeli zawierają w sobie wyskok. 4) Głównem zadaniem naszem wobec tego jest dostarczanie ustrojow i przez lewatywy dostatecznej ilości wody, a t. zw. lewatywy odżywcze stosować możemy raczej już tylko celem sugestyi chorego. *K.*

Klippel i E. Chabrol. **Zapalenie nerki urazowe z jednostronnym obrzękiem ciała, oraz wtórnemi zmianami w nerce drugiej.** (*Presse méd.* 1909, Nr 30). Kobieta 30-letnia, dotychczas najzupełniej zdrowa, doznaje gwałtownego urazu w okolicę lędźwiową lewą. Ból okolicy stłuczonej dość rychło ustępuje, ale w jakie trzy tygodnie później zjawiają się ciągle ból głowy, dreszcze, i znowu ból w okolicy nerki lewej dotkliwie zaczyna dokuczać. Białkomocz dowodzi schorzenia nerki, za czem przemawia i obrzęk ciała, ale niezwykle usadowiony, bo zajmujący z początku kończynę górną lewą, później przechodzący na pierś lewą i łopatkę. W kilka dni potem zjawiają się obrzęki i na obu kończynach dolnych i nieznośny ból w podżebrzu prawem. Objawy te poprzedzają mocznicę, która kładzie kres życiu chorej w 2 miesiące po urazie, a w miesiąc po jednostronnym obrzęku. Badanie pośmiertne nie wykazało żadnych ciekawszych zmian, ani w wątrobie, ani w sercu, ani w nadnerczach. Wyraźne natomiast, ale co ciekawsze, obustronne zmiany stwierdzono w nerkach i to zmiany rozlane zapalne śródmiąższowe świeże. Połowicze obrzęki po jednostronnym urazie nerki opisywał już w roku 1883 Potain i tłómaczył objaw ten udziałem układu nerwowego; taksamo odruchem możnaby tłomaczyć i przenoszenie sie zmian zapalnych nerki dotkniętej urazem, na nerkę przeciwną. W ostatnich czasach podnoszą się głosy, które tłómaczą przenoszenie się sprawy zapalnej z jednej nerki na drugą w ten sposób, że do nerki zdrowej dostają się z krwią bez przerwy z nerki chorej wytwory rozkładu komórkowego, które przechodząc przez nerkę zdrową, drażnią ją. Autorowie przyłączają się do tego zapatrywania, jednak nie wyłączają udziału układu nerwowego, szczególniej w powstawaniu jednostronnego obrzęku. *Stahr.*

M. Chambelland. **Leczenie nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (*Presse méd.* 1909, Nr 28). Autor gorąco poleca nakłucie lędźwiowe, dokonywane co 2. lub 3. dzień, gorące kąpiele (39°—40° C.) dwa razy dnia conajmniej i wstrzykiwanie po nakłuciu do kanału kręgowego elektargolu (5 ctm — 10 ctm.). Równie dobre wyniki daje wstrzykiwanie elektargolu do żyły (10—20 gr.). Kiedy mija okres ostry choroby, radzi Ch. wstrzykiwać elektargol pod skórę, zwykle 20 ctm.³ na dwa razy w ciągu doby; Ch. dochodził do dawek 40-gramowych, ale to dopiero w 21. dniu choroby, bez jakichkolwiek przykrych niespodzianek. — Pod skórę wstrzykuje Ch. elektargol, aż ustąpią w zupełności wszelkie objawy mózgowo-rdzeniowe. Ch. wspomina przy końcu swej pracy, że obecnie stosują w armii francuskiej surowicę antymeningokokową Doptera, również z dobrym skutkiem. Wprowadzać ją należy do kanału kręgowego, i to kilkakrotnie. *Stahr*

Cohn. **O następstwach przebycia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 2). Na podstawie dokładnego spostrzegania 27 osób, które przebyły zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, dochodzi autor do szeregu wniosków, z których najważniejsze opiewają: 1) W najcięższych nawet przypadkach możliwe jest wyzdrowienie bez zaburzeń następowych, prawdopodobieństwo tego większe u dzieci, niż u dorosłych. 2) Jeszcze po 4 tygodniach pozornego wyzdrowienia może się pojawić wodogłowie. 3) Najczęstszem następstwem przebytego zapalenia jest głuchota. W 2 przypadkach, jeszcze w 2 lata po zapaleniu, aglutynacya meningokoków z surowicą krwi chorych była dodatnią. *W. Kluger.*

Położnictwo i ginekologia.

B. Krönig: **Przyczynek do kliniki łożyska przodującego.** (*Centralbl. f. Gyn.* 1909. Nr 15). Postępowanie nasze w przypadkach łożyska przodującego nie stoi jeszcze dzisiaj na wysokości zadania; śmiertelność w klinikach wynosi 4—6—8%, w praktyce prywatnej dochodzi do 15% a nawet 20%, przeważnie wskutek utraty krwi, mniej w następstwie zakażenia. Za najlepsze postępowanie należy uważać szybko wykonany obrót według Braxtona-Hicksa, gorsze wyniki daje zastosowanie balonu do macicy z następowem obciążeniem. Autor podaje historye choroby 20 przypadków, z których mimo szybkiej pomocy klinicznej zmarło 6 kobiet, 5 z powodu utraty krwi, a jedna wskutek zakażenia. Przypadki te wykazały, że o ile przez wykonanie obrotu zdołamy często krwotoki w czasie porodu istotnie zupełnie nawet zatrzymać, to o wiele trudniej opanować je w tych przypadkach po porodzie, a jeszcze trudniej po odejściu łożyska. Z powyższych pięciu zejść śmiertelnych, tylko jedno było następstwem utraty krwi wśród porodu, a 4 położnice, które aż do odejścia łożyska miały się względnie dobrze, zginęły dopiero z krwotoków, które wystąpiły 1—2 godzin potem, pomimo zastosowania wszelkich środków, używanych przeciw krwotokom (tamponada według Dührssena). Ze względu na te spostrzeżenia radzi autor każdy przypadek łożyska przodującego o ile możności wcześnie odesłać do kliniki lub innego blizkiego zakładu leczniczego, pod ciągły nadzór lekarski. Co się tyczy początków i nasilenia pierwszych krwawień, to K. stwierdził w 34 przypadkach, że zawsze występowały liczne mniej lub więcej silne krwotoki już na kilka dni lub tygodni przed kresem ciąży; krwotoki te zwykle same ustawały. Przywołany lekarz widząc, że krwotok ustaje, odchodzi, nie widząc potrzeby żadnego działania, gdyż i szyjka jest wówczas zamknięta i bolów niema. A jednak te krwawienia zwiastunowe mają bardzo ważne znaczenie kliniczne i powinny zawsze zwrócić uwagę lekarza na możliwość łożyska przodującego; pamiętającego o tem lekarza nie zaskoczy nagle gwałtowny krwotok, który zwykle występuje dopiero z rozpoczęciem się bolów porodowych. Jeżeli się dzisiaj żąda, aby każdą ciężarną z wązką miednicą odesłać do kliniki, gdyż tylko tam przez wykonanie cięcia cesarskiego, łonowego lub przyłonowego, żywe dzieckowy dostać się udaje, to tem bardziej należy tego żądać w przypadkach łożyska przodującego w interesie matki; przecież lekarz praktyczny (o ile nie chodzi o wązką miednicę z bezwzględnem wskazaniem do cięcia cesarskiego), może w każdym przypadku wązkiej miednicy zawsze na pewne uratować życie matki przez wykonanie w najgorszym razie wymóżdżenia na płodzie żywym, natomiast przy łożysku przodującem wszystkie metody, stosowane w praktyce prywatnej przeciw krwotokom, mogą się okazać tak niedostateczne, że ginie i matka i dziecko. Ponieważ krwotoków zwykle przewidzieć nie można, a lekarz praktyczny nie zawsze może godzinami siedzieć przy chorej, radzi autor odsyłać chore do kliniki, o ile możności jak najwcześniej, najlepiej z chwilą wystąpienia krwawień zwiastunowych. *E. Ehrenpreis.*

Schindler: **Przyczynek doświadczalny do znajomości automatycznych ruchów macicy i ich znaczenie dla patologii i leczenia zakaźnych chorób macicy, w szczególności wiewióra.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zesz. 3). Autor starał się zbadać na drodze doświadczalnej, czy szerzenie się ku górze zakażenia wiewiórowego (*gonorrh. ascend.*) i wogóle każdego zakażenia w narządzie rodnym kobiety, nie zostaje w znacznej części wywołane przez przeciwrobaczkowe ruchy macicy i jajowodów. Teoretycznie należało to przypuszczać, gdyż dwoinki wiewiórowe własnych ruchów nie posiadają, a szybkie czasem postępowanie zakażenia przez jajowody aż do otrzewnej nie daje się zadowalniająco wytłómaczyć tylko rozsiewaniem się dwoinek — jak w hodowli, na coraz dalszej powierzchni błony śluzowej. Autor przeprowadził doświadczenia na 90 królikach i 3 kotach, badając ruchy macicy i jej przydatków już to »in situ« na zwierzętach żywych, już na narządach wyjętych, sztucznie utrzymanych przy życiu, przyczem zauważył, że typ ruchów wskutek tego wcale się nie zmieniał. Badania te wykazały, że macica i jej przydatki mają wybitną własność ruchów automatycznych rytmicznych, zupełnie niezależnie od ośrodkowego układu nerwowego, przyczem każda macica odznacza się właściwą sobie, zupełnie indywidualną pobudliwością, której wielkość zależy od życia płciowego danego osobnika. W ogólności są macice dziewczęce mniej pobudliwe, a pobudliwość ich wzrasta w miarę rozwoju życia płciowego i jest największą w początkowym okresie ciąży. Tę własność automatycznych i rytmicznych, zupełnie zresztą indywidualnych ruchów posiada także pochwa i cały przyrząd więzadłowy. Ruchy przydatków występują także współcześnie i systematycznie z ruchami macicy, z wyjątkiem okresu znużenia i sztucznego uszkodzenia. Ruchy te mają charakter falisty, przyczem można rozróżnić ruchy robaczkowe ku pochwie i przeciwrobaczkowe ku jajnikom; prócz nich spostrzega się jeszcze równoczesne skurcze mięśni okrężnych macicy i mięśni więzadłowych, jakoteż skurcze miejscowe nie postępujące. Wszystkie te ruchy znacznie się wzmagają pod wpływem podrażnień mechanicznych i chemicznych, a szczególnie nagłych zmian ciepłoty: już przestrzykiwania pochwy lub kiszki stolcowej wodą ogrzaną do 39—40° mogą wywołać bardzo silne wzmożenie ruchów automatycznych; podobnie i wstrzykiwania do macicy 3—10% roczczynu azotanu srebrowego i ½—1% protargolu. Zbytnie nagromadzenie we krwi kwasu węglowego poraża z wzrastającą sinicą macicy i jej przydatków, także ich ruchy, które znowu wracają, gdy utlenienie krwi w tych narządach stanie się prawidłowe. Atropina również poraża ruchy automatyczne, a w roczczynie 1% już po kilku godzinach także mechaniczną pobudliwość macicy. Te własności fizyologiczne macicy stwierdzono także na macicy ludzkiej, a w szczególności udało się Werthowi stwierdzić ruchy przeciwrobaczkowe na macicy zaraz po porodzie. Podobnie można twierdzić stanowczo, że czynniki drażniące i środki, o których wyżej była mowa, wywierają ten sam wpływ na macicę ludzką, jak na króliczą. Autor sądzi, że w ten sposób można wytłómaczyć wystąpienie gorączki przy przewlekłych sprawach w przydatkach po gorących przestrzykiwaniach pochwy lub po zastosowaniu gorącego powietrza u kobiet, które już dawno gorączkować przestały; można sobie bowiem wyobrazić, że wzmożone pod wpływem wysokiej ciepłoty automatyczne ruchy narządu rodnego rozrywają świeże zlepy i wprowadzają znowu w krążenie bakterye z ognisk zakaźnych już ograniczonych, otorbionych. Korzystny lub niekorzystny przebieg zakażeń macicy zależy od tego, czy one pozostają ograniczone, czy też postępują ku górze, a to szerzenie się sprawy wywołują właśnie automatyczne ruchy macicy, a głównie ich wzmaganie się pod wpływem czynników drażniących; szczególnie niebezpieczne są tu ruchy przeciwrobaczkowe. Doświadczenia na zwierzętach, jakoteż spostrzeżenia kliniczne dowodzą, że ruchy przeciwrobaczkowe mogą przenieść zakaźną ropę lub części tkanek do jajowodów, a z nich ku jajnikom i otrzewnej. Powyższe doświadczenia tłómaczą też, dlaczego nie każde zakażenie postępuje; każda macica bowiem posiada indywidualną, tylko sobie właściwą pobudliwość; tu ruchy przeciwrobaczkowe nie zawsze występują. Przebieg zakażenia, w szczególności wiewiórowego, nie zależy od ciężkości zakażenia, gdyż żywotność dwoinek wiewiórowych jest zawsze ta sama, lecz jedynie od indywidualnej wrażliwości każdej macicy. Najlżejszy zabieg, choćby najostrożniej wykonany (przestrzykiwania pochwy lub kiszki stolcowej i in.), nie musi wprawdzie, ale może się przyczynić do znacznego pogorszenia i szybkiego rozszerzenia się sprawy chorobowej. To też nasze postępowanie lecznicze powinno być za-

wsze skierowane ku obniżeniu pobudliwości ruchowej macicy. Samo leżenie w łóżku nie wystarcza, gdyż nie usunie ono ruchów automatycznych; tu trzeba zadziałać miejscowo na samą macicę. Jedynym środkiem, który może oddać znakomite usługi — jest atropina, która zastosowana systematycznie w ostrym okresie zakażenia, nieraz je ograniczy; nawet bardzo długie jej zastosowanie znosi ustrój bez szkody. Drenkhahn pierwszy zastosował atropinę w r. 1905 przy ostrem zakażeniu połogowem i gorąco ją w tych przypadkach poleca. Zaletą atropiny jest i to, że uspokaja bole i pozwala w późniejszym okresie na zastosowanie leczenia energiczniejszego. Drenkhahn stosował atropinę po 2—3 mg na dzień, jużto wewnętrznie, już jako pędzlowanie części pochwowej; wreszcie wstrzykiwał 1 ctm. sześc. rozczynu, zawierającego 1 mg. atropiny. Celem ograniczenia zakażenia, szczególnie jeżeli usadowiło się w szyjce macicy, poleca autor także ssanie zapomocą odpowiednich kloszów, przyczem chodzi o wyssanie wydzieliny ropnej z macicy. Wskutek powstania przekrwienia zastoinowego w objętej kloszem ssącym szyjce, ustają w niej ruchy automatyczne, które tem później znowu wystąpią, im działanie ssące było silniejsze i dłużej trwało; ze względu na to należy działanie ssące stosować bez przerwy przez $^1/_2$—2 godzin. Jeżeli po zdjęciu klosza zabezpieczymy spokój szyjki atropiną, wówczas można nawet spróbować wytrzeć kawał szyjki jakimś lekkim rozczynem odkażającym (2% azotan srebrowy lub $^1/_4$—1% protargol); można też 1 mg atropiny dodać do stosowanego rozczynu odkażającego. Celem łatwiejszego dostania się do szyjki zaraz po ukończeniu ssania, podaje autor osobny wziernik. Wycierania szyjki należy wykonywać bardzo ostrożnie i przekonać się przedewszystkiem, jak wpływają na ruchy automatyczne. W ostrym okresie zakażenia trzonu macicy lub przy objawach ze strony jej przydatków działania ssącego wogóle stosować nie wolno, jak i żadnych innych zabiegów miejscowych (nawet gorących okładów na brzuch), a ograniczyć się należy tylko do systematycznego stosowania atropiny. *E. Ehrenpreis.*

Sigwart: **Badania nad hemolizą paciorkowcową w ciąży i połogu.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zesz. 2). Gdy Schottmüller wystąpił ze swemi spostrzeżeniami nad hemolizą, wywołaną przez paciorkowce, zdawało się, że pytanie co do jednorodności — względnie różnorodności tych drobnoustrojów zostało wreszcie rozwiązane. Wykazał on mianowicie, że paciorkowce, wyhodowane z ciężkich spraw zakaźnych (ropowica, róża, gorączka połogowa), przeszczepione na mieszaninę krwi z agarem w stosunku 2:5, posiadają własność rozpuszczania ciałek krwi, czem je łatwo i pewnie odróżnić można od dwóch innych paciorkowców, nie posiadających tej własności, a których się nigdy przy ciężkich zakażeniach nie znajduje. Nazwał więc pierwszy rodzaj: *streptococc. longus pathogenes s. erysipelatos*, a dwa inne rodzaje: *streptoccc. mitior s. viridans i strp. mucosus.* Te spostrzeżenia były bodźcem do licznych badań, które miały odpowiedzieć na pytanie, czy hemoliza przemawia na pewne za żywotnością i chorobotwórczością paciorkowców i czy może ona dać pewne praktyczne wskazówki co do rozpoznania, rokowania i leczenia przy gorączce połogowej. Autor przeprowadził najprzód badania nad odchodami 44 położnic gorączkujących, przyczem zauważył, że z wyjątkiem dwóch przypadków, wszystkie paciorkowce, które zawsze przeszczepiał świeżo z macicy, wywoływały typową hemolizę już po 12—24 godzinach. Hemoliza ta była we wszystkich 31 przypadkach, w których S. znalazł paciorkowce jednako silne i typowe, bez względu na to, czy przebieg choroby był bardzo lekki (19 przypadków) z jednodniową tylko gorączką, czy też bardzo ciężki, czy nawet, jak to się zdarzyło w trzech przypadkach wśród gwałtownych objawów zakażenia otrzewnej, zakończył się śmiercią. Badania te wskazują, że z hemolizy nie można wnosić o większej lub mniejszej żywotności paciorkowców. Natomiast uważa S. codzienne bakteryologiczne badanie krwi jako bardzo ważne dla rokowania dlatego, że samo już znalezienie i rozmnażanie się w niej paciorkowców jest bardzo poważnym objawem postępującego zakażenia, nie zaś fakt, że one rozpuszczają krew. Że hemoliza występuje niezależnie od żywotności drobnoustrojów, wykazują również przypadki bardzo ciężkiego i gwałtownego zakażenia paciorkowcami, które własności hemolitycznych zupełnie nie posiadały, a także badania u 56 położnic nie gorączkujących. U 40 z nich = (71·4%) znaleziono w odchodach z pochwy paciorkowce, które w 83 przypadkach wywołały typową hemolizę. Ażeby się nie narazić na zarzut, że badania te nie są rozstrzygające, gdyż paciorkowce pochodziły z odchodów w pochwie, przeprowadził autor także badania nad odchodami 12 nie gorączkujących położnic, wziętymi równocześnie z pochwy i macicy. W 4 z nich wcale nie było paciorkowców, w 3 były paciorkowce tylko w odchodach pochwowych i to z wyraźnemi własnościami hemolitycznemi, a w 5 znaleziono paciorkowce typowo hemolityczne tak w pochwie, jak i w macicy. W końcu badał autor wydzielinę pochwową u 20 ciężarnych (w hodowlach bulionowych) krótki czas przed porodem, u 9 znalazł paciorkowce, wywołujące w 3 przypadkach typową hemolizę; wszystkie 9 ciężarnych przeszły zupełnie prawidłowy połóg. Ciekawe było zachowanie się paciorkowców niehemolitycznych u 3 ciężarnych w połogu: u jednej znikły one zupełnie, u dwóch zaś można było w 2—3. dniu połogu wykazać mnóstwo paciorkowców hemolitycznych. Autor przypuszcza, że hemoliza jest może tylko wyrazem lepszych warunków rozwoju paciorkowców. Odchody połogowe krwawe przedstawiają dla nich korzystniejsze podłoże, aniżeli kwaśno oddziaływający śluz pochwy, wskutek czego nabierają paciorkowce w tych warunkach własności hemolitycznych, nie koniecznie jednak równocześnie większej żywotności. *E. Ehrenpreis.*

Okulistyka.

Antonelli. **Kiła a krótkowzroczność.** (*Archives d'Opht.* 1908. Nr 6). Zarówno kiła dziedziczna, jak i nabyta, może być bodźcem do wytworzenia znacznego stopnia krótkowzroczności, lub przynajmniej wywołać powikłania istniejącej już krótkowzroczności. Zwłaszcza przypadki jednostronnej już w pierwszych latach życia dającej się wykazać krótkowzroczności u dzieci, okazujących znamiona kiły wrodzonej, należy, zdaniem autora, kłaść na karb tego zakażenia. Istotnie jakieś w życiu płodowem przebyte zapalenie naczyniówki *(chorioiditis luetica diffusa insidiosa)* może do tego stopnia nadwątlić ściany gałki ocznej, że poddają się one już prawidłowemu napięciu śródgałkowemu, co wiedzie do powiększenia gałki i powstania krótkowidztwa. Podobne powstawanie przypuścić można w przypadkach nagle rozwijającej się krótkowzroczności u osób dotkniętych kiłą nabytą. Pośrednio może miąższowe zapalenie rogówki i następowe jej wypuklenie (*keratectasia*) stworzyć krótkowzroczność lub znacznie powiększyć wprzód istniejącą. Nakoniec nikomu nie wyda się dziwnem twierdzenie, że jeśli kiła tak często w oczach prawidłowych wywołuje zaćmienia w ciele szklistem, ogniska zapalne i zanikowe w siatkówce i w naczyniówce, to tem łatwiej wywołać je może w oku krótkowzrocznem, które już wskutek swej anatomicznej budowy do zmian tych jest szczególniej skłonne. *K. W. Majewski.*

Zimmermann. **Dalszy przyczynek do leczenia surowiczego, nieswoistego zakażeń ocznych.** (*Opht. Klinik.* 1908, Nr 21). Wiadomo, że tak zwane »paraspecyficzne« leczenie surowicze polega na stosowaniu pewnej, np. przeciwbłoniczej surowicy, bez względu na rodzaj zakażenia. Autor ogłasza 28 własnych przypadków różnego rodzaju zakażeń oka, jak *ulcus serpens, hypopyon, vulnera penetrantia infecta, iridocyclitis suppurativa post oper. cataractae, iritis gonorrhoica*, a nawet *iritis luetica gummosa,* w których to przypadkach wstrzykiwał chorym stale surowicę przeciwbłoniczą Rouxa, ograniczając leczenie miejscowe do koniecznego minimum. Z przypadków, w których częściowo odstąpił od tej zasady i gdzie prócz tego stosował inne zabiegi lub środki miejscowo lub ogólnie — przytacza te tylko, w których dopiero jednorazowe lub dwurazowe wstrzyknięcie surowicy nadało chorobie wyraźny i stanowczy zwrot pomyślny. Tak np. choremu z kilakowem zapaleniem tęczówki robiono równocześnie wcierania rtęciowe, leczenie to jednak nie odnosiło żadnego skutku. Nagła poprawa nastąpiła po dwukrotnem wstrzyknięciu surowicy. Z 28 przypadków w czterech wynik był ujemny, w tem jeden przypadek zakażenia po operacyi zaćmy i trzy przypadki ciężkich wrzodów pełzających rogówki. We wszystkich innych skutki leczenia surowiczego były korzystne. *K. W. Majewski.*

Pechin i Ducrochet. **Znaczenie rodzaju pisma ze stanowiska okulistyki i ortopedyi.** (*Archives d'Opht.* 1908. Nr 10). Autorowie dochodzą do wniosku, że tak powszechnie dziś zalecane pismo stojące nie odpowiada warunkom higienicznym ani ze stanowiska okulistyki, ani ortopedyi. Ściśle biorąc, żaden rodzaj pisma nie wyłącza u uczącej się młodzieży wadliwego siedzenia i nieprawidłowego trzymania się przy pisaniu. W szczególności jednak pismo stojące nuży, zdaniem autora, bardziej niż pochyłe i sprawia, że dzieci dla wypoczynku przybierają wadliwą pozycyę, t. zw. jedno-pośladkową, która u osobników skłonnych wiedzie do skrzywień kręgosłupa. Nakoniec twierdzenie zwolenników pisma stojącego, jakoby usuwało ono najważniejsze przyczyny krótkowidztwa, nie odpowiada faktom. Pismo pochyłe wypełnia lepiej konieczne warunki higieny oczu

ono jedynie, zdaniem autorów, powinno być w szkołach nauczane. *K. W. Majewski.*

Higiena.

T. Gruber: **Kiśnienie kapusty i jego przyczyny.** (*Centralbl. f. Bacteriologie* II Abth. Bd. XXII. H. 3/4). Celem uzyskania bakteryi, wywołujących jednostajne kiśnienie kapusty, starał się je G. wyhodować z kupnej kapusty kiszonej, z zakiszonej przez siebie, oraz z główek kapusty niekiszonej. Gatunki wyosobnione, a należące do grupy *pseudomonas coli*, są niezawodnie przyczyną właściwej fermentacyi kapusty, znanej pod nazwą kiśnienia; gatunek wydzielony z kapusty założonej do kiśnienia przez siebie nazywa autor *pseudomonas brassicae acidae*. Doświadczenia wykonane na kapuście z tym zarazkiem dawały produkt jednostajny i w czasie stosunkowo krótszym; aniżeli przy użyciu innych bakteryi wydzielonych. Bakterya ta wytwarza indol w bulionie peptonowym i posiada zdolności odtleniające wobec azotanów. *L. Bier.*

H. Kühl: **Ziarno zatrute przez bakterye.** (*Centrbl. f. Bacteriologie* II Abth. Bd. XXII H. 3/4). Z pszenicy, po której spożyciu padał drób, wyhodował K. dwoinki zabójcze dla zwierząt przy zakażeniu do krwi. *L. Bier.*

K. B. Lehmann i A. Treutlein: **Czy dłuższe używanie siarczku sodowego w małych dawkach jest dla zdrowia szkodliwe?** (*Arch. f. Hygiene* 1908 Bd. 68). Mierne ilości siarczku ulegające wessaniu w żołądku, a utlenieniu na siarkany w ustroju, nie wywołują wyraźnych zaburzeń w zdrowiu. Nie można też na podstawie doświadczeń z żywieniem psów i kotów przez dni 200 miernemi dawkami siarczku sodowego dopatrzeć się ujemnego wpływu na zdrowie tych zwierząt. Ustrój zwierzęcy pokonuje łatwo dawki te, o ile dostają się z dostateczną ilością ciał białkowatych. Fakta te jednak nie stoją w sprzeczności z zakazem używania siarczków jako środków używanych do konserwowania wyrobów mięsnych, a to głównie z tej przyczyny, gdyż związki te nadają wyrobom mięsnym, zrobionym nawet z mięsa zepsutego i gnijącego, pozór mięsa świeżego. *L. Bier.*

Prof. K. B. Lehmann: **Studya higieniczne nad niklem.** (*Arch. f. Hygiene* 1908 Bd. 68). Prawidłowe produkta roślinne i narządy zwierzęce zawierają bardzo małe ilości niklu. Zawartość poniżej 1 mg Ni na 1 kg wagi zwierzęcia lub rośliny nie może być dowodem, że nikiel dostał się do nich przez żywienie solami niklu. Gotowanie potraw w naczyniach niklowych udziela im tego metalu w ilościach niewielkich, rozmaitych jednak w stosunku do rodzaju potrawy, podobnie, jak udziela im się miedź z naczyń miedzianych i mosiężnych, cyna z puszek konserw. Tę ilość soli niklowych, która udzielić się może człowiekowi przy wyłącznem żywieniu się potrawami gotowanemi w niklu (około 2 mg na 1 kg), należy na podstawie doświadczeń na zwierzętach uważać za obojętną. Nawet przy wprowadzaniu 6—10 mg Ni na 1 kg wagi kota lub psa nie można było ani z objawów, ani na podstawie sekcyi zauważyć zmian, któreby przypisać należało niklowi. Nikiel zachowuje się przeto w ustroju — podawany przez czas dłuższy w pokarmach w postaci soli nieżrących — zupełnie obojętnie, podobnie jak miedź, cynk i cyna, których w życiu codziennem spożywamy ilości znacznie większe, aniżeli wogóle się przypuszcza. *L. Bier.*

Prof. M. Ficker: **Znaczenie ciał obojętnych dla konserwacyjnych własności salicylu.** (*Arch. f. Hygiene* Bd. 69). Autor pragnął stwierdzić, o ile zmieniają się w salicylanie sodowym własności odkażające i powstrzymujące rozwój drobnoustrojów po dodatku cukru trzcinowego, gliceryny lub soli kuchennej. — Obecność tych ciał — w istocie swej obojętnych — wpływa wybitnie na przeciwgnilne własności salicylanu sodowego, osłabiając je lub wzmagając. Stosunkowo niewielkie ilości cukru trzcinowego wzmagają własności konserwujące salicylu, cukier oszczędza dodatek salicylu; w stopniu jeszcze wyższym od cukru działa sól kuchenna; dopiero w większych dawkach gliceryny uwidacznia się działalność salicylanu. *L. Bier.*

Doc. E. Friedberger: **Doświadczenia nad filtrami amerykańskimi o filtracyi szybkiej (Jewell Filter Company) w zastosowaniu do wody wodociągowej Królewca.** (*Zeitschr. f. Hygiene* Bd. LXI 1908). Wyniki korzystne działalności filtrów amerykańskich, zastosowanych przez Bittera i Gottschlicha dla oczyszczenia z zawiesiny mechanicznej i z bakteryi wody Nilu, służącej do zaopatrzenia Aleksandryi, skłoniły autora do ogłoszenia doświadczeń, dokonanych z wodą wodociągu królewieckiego. Wyniki te nie są zgodne z wynikami B. i G. głównie z powodu odmiennych własności wody królewieckiej, w szczególności co do zmniejszenia ilości bakteryi, wykazują natomiast wybitne zalety filtrów amerykańskich co do odbarwienia i odżelezienia wody.

Królewiec otrzymuje wodę powierzchowną z opadów atmosferycznych, zbierających się w stawach położonych na północ i zachód od miasta. Ze stawów zachodnich płynie do miasta woda kanałem otwartym 17325 m długim (Landgraben) ze spadkiem 1·38 m i stanowi główną arteryę wodną dla wodociągu. Ze stawów północnych płynie woda również otwartym rowem (Wirrgraben), częścią zaś kanałem krytym (Aufschlusskanal). Surowa woda wodociągowa Królewca zawiera bardzo wiele bakteryi, bardzo wiele żelaza związanego z kwasami huminowymi, a ma barwę torfowobrunatną i zapach i smak zbutwieliny. Zwykłą powolną filtracyą przez piasek nie udaje się zamienić jej na wodę, nadającą się bez zarzutu do picia.

Z doświadczeń F. wynika, że używany przy filtracyi amerykańskiej dodatek ałunu — jako środka tworzącego strąt z połączeniami wody — znakomicie nadaje się do wody królewieckiej. Ałun oczyszcza ją z mętów, żółtej barwy i żelaza lepiej, aniżeli jakikolwiek inny sposób. Natomiast następowa szybka filtracya przez piasek wód, zawierających większą ilość bakteryi (Landgraben i Wirrgraben), nie zmniejsza dostatecznie ilości bakteryi, chyba przy znacznym dodatku ałunu; nie można się przeto ograniczyć do filtracyi szybkiej. Znaczna zawartość ciał, zawieszonych w wodzie surowej i częste zmiany w jej składnikach wymagają zastosowania odpowiedniej ilości ałunu; stanowi to dalszą trudność. Jako najbardziej odpowiednią dla wody królewieckiej należy uważać filtracyę szybką w połączeniu z poprzedzającą ją filtracyą powolną; w tych warunkach wystarczy krótki okres osadzania się strątu i mały dodatek ałunu. — Woda kanału zamkniętego nadaje się z powodu małej zawartości bakteryi i ciał zawieszonych oraz jednostajnego składu bardzo dobrze do filtracyi szybkiej, wymaga jednak z powodu smaku i zapachu zbutwieliny również następowej powolnej filtracyi. *L. Bier.*

Prof. Bertarelli i M. Marchelli: **Zmiany w musztardzie, wywołane przez prątka odmieńca** (*b. proteus*) **i stąd wynikłe zatrucia.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- u. Genussmittel* 1908 Bd. 16). Musztarda sprzedawana pod nazwą »moutarde diaphane« zawierała bakterye gnilne, odmieńce, które dostały się do niej najprawdopodobniej wraz z zepsutemi sardelkami. Musztarda ta wywołała liczne zachorzenia z objawami zatrucia, co wraz z dalszemi badaniami pozwalało na twierdzenie, że w musztardzie tej powstały małe ilości ptomain. Zmiany wywołane przez te bakterye w musztardzie odnoszą się głównie do tłuszczu, podnosząc nietylko ogólną kwaśność, lecz i kwaśność z powodu kwasów lotnych. — Najlepszym środkiem dla powstrzymania zepsucia »moutarde diaphane« jest ocet, wstrzymujący rozwój prątka odmieńca. *L. Bier.*

Doc. A. Kossowicz: **Nowe spostrzeżenia nad rozkładem musztardy francuskiej pod wpływem bakteryi.** (*Centralbl. f. Bacteriologie* II Abth. 1909 Bd. XXII). Jako przyczynę zepsucia musztardy znalazł poprzednio autor 2 gatunki bakteryi: *b. sinapivorax i sinapivagus*; — w nowszych poszukiwaniach znalazł prócz powyższych bakterye z grupy *b. mesentericus i subtilis*. Przetrwały one proces zacieru, znajdowały się w mące gorczycznej zupełnie świeżej, jak również i w takiej, której dodano podczas procesu fermentacyi enzymatycznej $^1/_2\%$ kwasu mlecznego lub wody utlenionej. — Ziarno gorczycy ze zbioru 1907 i 1908 uzyskane z rozmaitych okolic, zawierało *b. sinapivagus*. — Wyjałowienie musztardy za pomocą ciepła wtedy jedynie było skuteczne, jeżeli naczynia o pojemności 200—500 cm^3 poddawano działaniu pary dłużej, niż 25 minut; musztarda przybierała jednak wtedy posmak gotowanej. *L. Bier.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Macierzankę (*thymus serpyllum*) poleca ze względu na zawarty w niej olej eteryczny Dr Liaczenko z Charkowa w chorobach dróg oddechowych, szczególnie u dzieci, i to w postaci odwaru, lub naparu. Dla dzieci rocznych bierze się 0·50 gr, dla dzieci dwurocznych 1·20 gr. Zapisuje się n. p. *Inf. thymi serpylli 0·50: 100, Natr. bromati 2·00. Aq. laurocer. 1·50, Syrupi 30. Mds.:* Co 2 godz. łyżeczkę kawową. Lek ten działa korzystnie na wszystkie postaci kurczowego kaszlu, a więc w krztuścu i w grypie w okresie ostrym, kiedy kaszel bywa suchy i nerwowy. W odrze najlepiej podawać macierzankę wtedy, kiedy już osutka zginęła, a jeszcze się utrzymuje uporczywy kaszel. Można ją podawać również w dychawicy oskrzelowej ner-

wowej bez zajęcia zapalnego oskrzeli i w suchych nieżytach oskrzeli. Lek ten można podawać całymi tygodniami bez szkody dla chorych. *Stahr.*

Desalgina jest to połączenie białka z chloroformem, podane przez Prof. Schleicha w postaci proszku. Środek ten poleca S. jako łagodzący bole przy kolce żółciowej, bolach z wyrostka robaczkowego, przy bolesnem miesiączkowaniu, dychawicy, nerwobolach, wiądzie, kurczach żołądka, migrenie i t. p. Dawka 3—4 razy dziennie na koniec noża. (*Ther. d. Geg.* III., 1909). *A.*

Przy cukrzycy poleca Naunyn celem obniżenia ilości cukru prócz zakazu spożywania węglowodanów także znaczne ograniczenie podawania białka. Najwyżej wolno choremu spożywać dziennie 120 grm białka, t. j. 300—400 grm mięsa. Natomiast tłuszcze spożywać może chory w dowolnej ilości. (*Deutsche med. Wochs.* Nr 49, 1908). *A.*

Do pewnego stwierdzenia prątków gruźliczych poleca Seemann 15% antyforminę, która posiada tę własność, że rozpuszcza szybko i pewnie wszelkie komórki, a pozostawia nietknięte jedynie prątki gruźlicze. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 14). *A.*

Zakażanie książek przez suchotników badał Peterson. W tym celu zbadał on 10 kart nagłównych, które znajdowały się już w archiwum od lat 6 i na 4 stwierdził typowe prątki Kocha. Fakt ten świadczy, że papiery (książki), używane przez chorych gruźliczych, bardzo często ulegają zakażeniu. (*Zft. f. klin. Med.*, 63). *A.*

Leczenie krwawiączki wstrzykiwaniami surowicy podług Weila oddaje, jak stwierdził Baum, dobre usługi w przypadkach niebardzo ciężkich. (*Mit. a. d. Gr.* XX., 1). *A.*

Przypadłości z wrośniętego paznokcia można podług Lehmana zupełnie wyleczyć bez operacyi sposobem podanym przez Rehna, t. j. przez codzienne wycieranie zaognionych brzegów tamponikiem zmoczonym chlorkiem żelaza. Leczenie trwać ma 14 dni. (*Deut. militär. Zeitschr.*, Nr 21). *A.*

Przy operacyi kamicy w przewodzie żółciowym wspólnym spotkał Wright mnóstwo kamieni żółciowych, zbitych w jedną masę, i wpadł na myśl rozpuszczenia zlepów olejkiem terpentynowym, co też rzeczywiście się udało. (*Brit. med. J.*, 19. XII., 1908). *A.*

Lampa Minina do leczenia światłem niebieskiem nadaje się podług Siebelta dla lekarza praktycznego. Wskazania: choroby skórne, cierpienia gośccowe, wysięki stawowe i t. p. (*Pos. Tow. baln.* Berlin, marzec). *A.*

W miejsce bizmutu zgodnie z Lewinem poleca Taege przy zdjęciach rentgenowskich stosowanie żelaza, mianowicie »ferrum oxydat. rubrum« (Fe_2O_3), przetwór tani i sprzedawany wszędzie już w proszku. (*Münch. med. Wochs*, Nr 15). *A.*

Nowe instrumentaryum do znieczulenia lędźwiowego podał Wittek. Składa się ono ze szklanego naczynia, opatrzonego podziałką, w które wsuwa się szczelnie przylegający tłok szklany, opatrzony w środku dziurką. Po wkłuciu igły podstawia się naczyńko, w którem (podług Kozłowskiego) jest już dana ilość środka znieczulającego. Po rozpuszczeniu jej w zebranym do naczyńka płynie mózgowo-rdzeniowym wkłada się do naczyńka tłoczek i łączy się go z igłą. Przez wpychanie tłoczka do naczyńka wstrzykuje się rozczyn do kanału rdzeniowego. (*Münch. med. Wochs.* Nr 15). *A.*

Ulepszenie irygatora podała firma Louis-Löwenstein z Berlina. Odpowiednio umieszczona ramka dozwala kierować dowolnie końcem irygatora bez załamywania się gumy, a odpowiedni przyrząd dozwala puszczać i zamykać prąd płynu przez uciskanie nogą. (*Med. Klinik*, Nr 15). *A.*

Nowy przyrząd do wlewań rozczynu soli kuchennej podaje Orland. Przyrząd składa się z kolby szklanej, w której po zatkaniu szyjki watą gotuje się rozczyn. Potem na miejsce zatyczki z waty zakłada się wygotowany korek gumowy o 2 rurkach szklanych. Jedna służy do połączenia z wężem i igłą, a druga doprowadza powietrze. Do użytku obraca się kolby szyjką na dół. (*Med. Klinik*, Nr 17). *A.*

Jałowe trzymadło do lapisu podał Arnold. Zasada trzymadła polega na tem, że w oprawie znajduje się lapis w naczyńku, które rozgrzewa się nad świecą, aby się lapis rozpuścił. Następnie macza się w tym rozczynie drugi koniec przyrządziku, na którym lapis zastyga. (*Münch. med. Wochs.*, Nr 16). *A.*

Sztuczną błonę bębenkową podług Nadolecznego najlepiej dawać ze srebra lub parafiny, natomiast gorsze są błony z kauczuku i papieru. Sztuczna błona poprawia często słuch, chroni od urazów, nie wywołuje nawrotów ropienia, wbrew temu, co sądzą niektórzy. Zwłaszcza przy sprawach obustronnych korzystne jest założenie sztucznych błon. Chory ze sztuczną błoną powinien co pewien czas przedstawiać się lekarzowi, bo protezy łatwo się przesuwają. (*Tow. lek.* Monachium, 3. II. 1909). *A.*

Glukozymetr jest to przyrząd, dozwalający w kilku minutach (n. p. w praktyce prywatnej) oznaczyć wcale dokładnie ilość cukru. Zasadą oznaczenia jest porównanie ze skalą przyrządu zabarwienia danego moczu przy próbie Moora-Hellera. W razie przypuszczenia, że mocz zawiera ponad 3% cukru, należy go podwójnie lub potrójnie rozcieńczyć wodą. (*Med. Klin.* Nr 16). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XV. Posiedzenie naukowe d. 30. kwietnia 1909.

I. Kol. Prof. Rydygier przedstawia chorą po wykonanej **plastyce nosa.**

II. Kol. Stauber. **Leczenie gruźlicy wstrzykiwaniami zawiesiny prątków gruźliczych.** Na wstępie omawia prelegent poglądy dotychczasowe na leczenie tuberkuliną, następnie przechodzi do własnych 21 przypadków. U chorych z dodatnim wynikiem odczynu Pirqueta, względnie Calmettea, wstrzykiwał prelegent początkowo tuberkulinę, potem zawiesinę prątków; zaczynał od dawek $^1/_{500}$ miligr., a dochodził do 1, a nawet do 2 miligr. Słabe rozczyny nie wywoływały zwykle podniesienia ciepłoty, silniejsze natomiast podnosiły ją o $^1/_2$ do 1°; ciepłota dochodziła nawet do 40°, przyczem zjawiał się ból głowy, osłabienie i t. d. Część chorych w znacznem polepszeniu opuściła szpital, z 7 pozostałych przedstawia S. 4 w okresie ozdrowienia, t. j. z obniżeniem wzniesień ciepłoty, zmniejszeniem się kaszlu, plwociny, przybytkiem wagi i t. d. Prelegent jest zwolennikiem stosowania zawiesiny prątków, jako środka leczniczego.

Dyskusya. Kol. Doc. Bednarski zauważa, że stosowanie tuberkuliny przez prelegenta było zbyt energiczne i ryzykowne, a same obserwacye za krótkie, aby można wysnuwać jakieś wnioski. Kol. Stachiewicz jest tego samego zdania, dodając, że warunki szpitalne odgrywają także pewną rolę w stanie gruźliczych. Kol. Prof. Gluziński zwraca uwagę na szkodliwe następstwa przy nieoględnem stosowaniu tuberkuliny, np. pogorszenie się stanu płuc. Do badań tuberkulinowych bardzo ostrożnych i kontrolowanych ściśle, nadawałyby się ambulatorya, gdzie chorzy nie zmieniają warunków życiowych, a materyał jest duży. Kol. Prof. Wiczkowski po wynikach badań prelegenta, przeprowadzonych na jego oddziale, oświadcza się za stosowaniem tuberbuliny. Kol. Wallach odnosi polepszenie się stanu chorych raczej do leczenia dyetetyczno-higienicznego, a nie do tuberkuliny. Wyniki, otrzymane przez prelegenta, należy zatem brać na karb innych czynników. W odpowiedzi kol. Stauber zaznacza, że silny odczyn wystąpił tylko u jednej chorej, że wobec zaniechania u badanych chorych stosowania innych środków leczniczych — polepszenie musi przypisać tuberkulinie. Przyznaje, że obserwacye są krótkie, — trudno jednak chorych z polepszeniem utrzymać w szpitalu.

III. Kol. Reis: **O t. zw. „ciałkach jagliczych" Greeffa w świetle dotychczasowych badań nad etyologią jaglicy.** Na wstępie krótki historyczny zarys dotychczasowych badań nad przyczyną jaglicy (ziarenkowiec Michela, prątek Müllera i inne twory). Przy badaniach tych nie zwracano uwagi na zawartość samych mieszków, oraz na nabłonki spojówki. Na nabłonki zwrócił uwagę Halberstädter i Provazek. Autorowie ci uważali twory, znajdowane w nabłonku, za przyczynę jaglicy, a schorzenie samo odnosili do zmian w nabłonkach. Greeff twory znajdowane przez tych badaczy identyfikuje ze znalezionymi przez siebie. Prelegent w badaniach swych w lwowskiej klinice okulist. na 70 przypadkach jaglicy, z czego 2 były w okresie ostrym, znalazł w jednym przypadku ciałka jaglicze w pierwszym okresie rozwoju, a dalej stwierdził istnienie ciałek Provazka w naroślach spojówkowych. W końcu omawia prelegent znaczenie i istotę tych ciałek.

Nowicki.

Towarzystwo naukowe warszawskie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie d. 1. kwietnia 1909.

1) P. Wł. Janowski: »Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Teodorze Duninie«.

2) J. Tur: **Spostrzeżenia nad jajami podwójnemi bez blastoderm.** W jajach ptasich o dwóch żółtkach w jednej skorupie — na jednem z żółtek zarodek może być przyciśnięty do drugiego żółtka i wówczas ulega wstrzymaniu rozwojowemu w bardzo wczesnym okresie bróździkowania.

(Treść przedstawionych na tem posiedzeniu prac pp. Weyberga, Miklaszewskiego i Woycickiego przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Posiedzenie d. 6. maja 1909 r.

(Treść przedstawionych na tem posiedzeniu prac pp. Miklaszewskiego, Boguskiego, Weyberga, Thugutta, Wóycickiego i Sierpińskiego przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

Posiedzenie w dniu 23. stycznia (5. lutego) 1909 r.

Przewodniczy Prof. Zaleski. Obecnych osób 25.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

I. Dr L. Jastrzębski odczytuje rzecz p. t.: **Trzy przypadki tak zwanej »anaemia pseudoleucaemica infantum«** (z pokazami preparatów drobnowidowych krwi). W końcu pierwszego i na początku drugiego roku życia dość często u dzieci daje się spostrzegać ciężki rodzaj niedokrwistości, połączonej ze znacznem zwiększeniem śledziony, wobec czego schorzenie to nosi nazwę niedokrwistości śledzionowej. Jaksch przed 20 laty opisał dwa przypadki niedokrwistości, w których przebieg kliniczny odpowiadał przebiegowi przy niedokrwistości śledzionowej, prócz tego była znaczna hyperleukocytoza (1:4000 w jednym mm³ — w jednym przypadku), a więc stosunek białych ciałek do czerwonych, wobec znacznej oligocytemii, równał się 1:12, 1:20. Jaksch wyróżniał ten rodzaj niedokrwistości pod nazwą *anaemia pseudoleuk. inf.* Prelegent przedstawia obraz kliniczny, oraz badania krwi trzech spostrzeganych przypadków tej choroby. — W pierwszym przypadku ilość białych krwinek wynosi 81200, w drugim 57000, w trzecim 41200. Prócz tego była znaczna oligocytemia i oligochromemia. Zmiany we krwi dotyczyły głównie ciałek czerwonych — polichromatofilia, poikilocytoza, oraz jądrzaste formy krwinek czerwonych w dużej ilości. Dwa przypadki zakończyły się zejściem śmiertelnem, jeden wyzdrowieniem zupełnem. Sekcya, dokonana w jednym przypadku, żadnych zmian swoistych dla białaczki nie wykryła. Prelegent przypuszcza, iż przyczyna rozwoju tej niedokrwistości tkwi w zaburzeniach przewodu pokarmowego. Wyróżnianie *an. pseudol. infant.*, jako samoistnego rodzaju niedokrwistości, uważa prelegent za nieuzasadnione, gdyż hyperleukocytoza, przy formie Jakscha, jest objawem bardzo zmiennym, a przebieg kliniczny i zmiany krwi odpowiadają w zupełności zmianom przy niedokrwistości śledzionowej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Ostrowski. Pracując właśnie w tej sprawie, chciałbym w głównych zarysach przedstawić dane mojej pracy jeszcze nieukończonej, a która będzie ogłoszona w postaci rozprawy. Muszę zaznaczyć, że przypadki białaczki rzekomej (*anaemia splenica*) zdarzają się w szpitalach dziecinnych nie często i w ciągu 2 lat, pomimo warunków sprzyjających, udało mi się zebrać tylko 9 klinicznych przypadków choroby rzeczonej; prawie we wszystkich spostrzegałem oligochromemię (od 10% — tylko w jednym przypadku było 80% Hb), oligocytemię (800.000 — w jednym przypadku 5,000.000); na preparatach krwi, zabarwionych trójbarwikiem kwaśnym Ehrlicha, wybitne zmiany w krwinkach czerwonych: poikilocytoza (w jednym przypadku wybitna mikrocytemia). Na wszystkich preparatach widoczne komórki macierzyste krwinek czerwonych — erytroblasty, częściej normoblasty, chociaż spotykałem megaloblasty. Liczba ciałek białych w moich przypadkach nie przekraczała 25.000. Krzywica była u wszystkich chorych, co znajduje się w sprzeczności ze zdaniem Jakscha. Kiła i gruźlica wyłączone. Zgadzam się ze zdaniem Geiselera i Japhy, że *anaemia pseudoleucaemica*, jeżeli jej nie można traktować wprost jako białaczkę, powinna być zaliczoną do niedokrwistości śledzionowej. Patologiczno-anatomiczne dane jeszcze nie są opracowane, a więc wstrzymuję się od wypowiedzenia zdania o samoistności białaczki rzekomej (*anaemia splenica*). (Streszczenie własne).

Dr Sapacz-Sapaczyński przypuszcza, że dwie choroby: niedokrwistość złośliwa (*anaemia perniciosa*) i białaczka wrzekoma (*anaemia pseudoleucaemica*) kiedyś znikną.—Prof. Zaleski: Należałoby zbadać narządy wewnętrzne co do złogów żelaza, które są nader charakterystyczne dla niedokrwistości złośliwej. — Prelegent zwraca uwagę, że charakterystyczną cechą choroby rzeczonej jest znaczne zwiększenie śledziony; zaś śledziona zwiększa się przy wszystkich tych chorobach, gdzie jest rozpad krwi. — Prof. Zaleski sądzi, iż należałoby uzupełnić te badania jeszcze mikrochemicznie i w ten sposób udałoby się sądzić o obecności i ilości żelaza. — Dr Królikowski (gość) zapytuje prelegenta, czy jądrzaste ciałka czerwone wytwarzają się we krwi i prosi go o wyjaśnienie ich pochodzenia. — Prelegent: U ludzi zdrowych jądrzaste ciałka czerwone zdarzają się w szpiku kostnym, w ciężkich przypadkach niedokrwistości, jak n. p. niedokrwistość złośliwa, również przy znaczniejszych upływach krwi formy niedojrzałe krwinek czerwonych (jądrzaste) wstępują do obiegu krwi. — Dr Ostrowski dodaje, że we wszystkich badanych przez niego przypadkach był nieżyt jelit.— Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. Dr Wilamowski odczytuje sprawozdanie komisyi zdrowotnej, wyznaczonej przez »Koło pomocy lekarskiej« przy Rz.-K. Tow. Dobroczynności, ze zbadania pod względem sanitarnym instytucyi, podległych rzeczonemu Towarzystwu, Macierzy Polskiej, a także administracyi kościoła św. Katarzyny.

Prezes w imieniu »Związku« dziękuje wszystkim, którzy brali udział w tej sprawie, za położone trudy. Również składa komisyi podziękowanie obecny lekarz zakładu naukowego przy kościele św. Katarzyny Dr Goryniewski i prosi o odpis aktu. Prezes Prof. Zaleski dodaje, że odpisy będą rozesłane do prezesa rzeczonego Towarzystwa Dobroczynności p. Jastrzębskiego, proboszcza kościoła św. Katarzyny ks. Budkiewicza, a jeden egzemplarz pozostanie w archiwum »Związku«.

Sekretarz: *Zdzisław Sowiński.*

38. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 14—17 kwietnia 1909

podał

Dr A. Klęsk.

I.

Neuber (Kilonia): **Uśpienie zapomocą wdychiwania.** N. rozesłał zapytania w sprawie uśpienia ogólnego do wszystkich chirurgów i dostał wiadomość o 71.000 uśpieniach, w czem 21 przypadków śmierci, t. j. stosunek 1:3000. O ile dawniej w 75% używano chloroformu, o tyle obecnie tylko w 25%. Bardzo przydatnym okazał się przyrząd Roth-Drägera. N. poleca do uśpienia kombinacyę skopomorfiny z kroplowem uśpieniem eterowem.

Bier (Berlin): **Obecny stan znieczulenia lędźwiowego i miejscowego.** B. zaleca do znieczulenia miejscowego kombinacyę nowokainy z adrenaliną. Dobre wyniki oddaje podane przez B. znieczulenie kończyn od żył, zwłaszcza przy większych operacyach, np. resekcyach stawów. Znieczulenie lędźwiowe znajduje coraz to szersze zastosowanie; B. stosuje przy niem tropakokainę z adrenaliną.

Sudeck (Hamburg). **Stosunek oszołomienia eterowego do innych sposobów znieczulania.** Oszołomienia eterowego powinno się używać przy krótkotrwałych operacyach tam, gdzie nie można znieczulać miejscowo. Dobrą jest kombinacya eteru z podaniem morfiny. Eter z początku podaje się kroplami, a dopiero potem w większej ilości, unika się przez to sinicy i duszenia się.

Rehn (Frankfurt). **Doświadczalne badania nad znieczuleniem lędźwiowem.** R. omawia wyniki badań nad krążeniem płynu mózgowo-rdzeniowego, wydzielaniem się środków znieczulających i uszkodzeniem elementów nerwowych przez te środki.

Kader (Kraków). **Technika i wyniki stosowanego w chirurgicznej klinice krakowskiej znieczulenia lędźwiowego.** K. stosuje wielkie dawki tropakokainy, przez co uzyskuje pewne, długotrwałe i wysoko sięgające znieczulenia.

Erhardt celem zwolnienia wchłaniania przy znieczulaniu lędźwiowem poleca dodawać do środka znieczulającego kwas arabinowy. Hosemann twierdzi, że uporczywe bole głowy po znieczuleniu lędźwiowem pochodzić mogą taksamo od za wielkiej, jak i zbyt małej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego. W pierwszym razie ulgę sprawia wypuszczenie płynu, w drugim (nawet częstszym) podskórne wlewania soli kuchennej.

Garrè (Bonn): **Chirurgia moczowodu.** Po omówieniu rozwoju chirurgii moczowodów, przechodzi G. do sprawy szwu i poleca sposób wpochwienia. Przy wszczepianiu moczowodu do pęcherza można postępować śródotrzewnie lub zewnątrzotrzewnie. Obecnie wycięcia nerki z powodu zmian moczowodu należą już do wyjątków, albowiem można moczowód wszczepiać w różne miejsca, jak do pęcherza, do drugiego moczowodu, jelit, do otworów w skórze i plastycznie go uzupełniać.

Völcker (Heidelberg). **Wstrzykiwanie rozczynów srebra przez moczowód do miedniczki nerkowej.** Sposób ten stosuje V. celem określenia położenia i wielkości miedniczki nerkowej zapomocą promieni Röntgena. Przedstawienie przyrządu do układania chorych przy operacyach nerkowych.

Heyde (Marburg): **Przyczyny mocznicy.** Na podstawie doświadczeń, dokonanych wspólnie ze Sauerbruchem na zeszytych ze sobą zwierzętach, dochodzi H. do przekonania, że istota mocznicy polega na zatruciu pewnymi produktami, które działają na zdrowe nawet nerki, albowiem po usunięciu nerek u jednego zwierzęcia, występuje zaraz mocznica i u drugiego zdrowego.

Moszkowicz uzupełnił w jednym przypadku moczowód częścią jelita cienkiego, Franke wyrostkiem robaczkowym itp.

II.

Posiedzenie z demonstracyami świetlnemi (Schnieden, Mannel, Birt i t. p.). Jacoby pokazuje stereoskopowe zdjęcia cystoskopowe, Birt, zdjęcia złamań kości, Mannel, zdjęcia rentgenowskie jelit przy pomocy bizmutu i t. p.

Nötzel (Völklingen). **Operacyjne leczenie ropnego zapalenia otrzewnej.** Przy ogólnem ropnem zapaleniu otrzewnej poleca N. po wypuszczeniu ropy energiczne przemywania rozczynem soli kuchennej i zaszycie jamy brzusznej na głucho. Obecne wyniki operacyjne są lepsze, niż dawniejsze.

Sprengel operuje na sucho i ma także wyniki dobre. Borchardt (Poznań) za radą Glimma wstrzykuje po ukończeniu operacyi do jamy brzusznej 50—100 cm³ oliwy celem zwolnienia wchłaniania toksyn z jamy otrzewnej i ma ogólną śmiertelność mniejszą, bo tylko 26%. Heile (Wiesbaden) celem pobudzenia ruchu robaczkowego wstrzykuje przy końcu operacyi do pętli jelita cienkiego 50—100 cm olejku rącznikowego i unika przez to późniejszych zaburzeń.

W sprawie **plastyki cewki moczowej** przemawiał: — Becker: uzupełnienie cewki zapomocą kawałka żyły podobnie Stettiner, König i t. p. Schnieden użył do tego celu 3 razy moczowodu (2 razy uzyskany z wyciętej nerki, raz ze zwłok). We wszystkich przypadkach przygojenie.

Anschütz (Kolonia). **Leczenie wnętrostwa.** A. poleca sposób Mauclaira, polegający na wypreparowaniu powrózka nasiennego i naczyń i zeszyciu ściągniętego jądra w mosznie z jądrem drugiem. Wysoko leżące jądro zapuszcza A. do jamy brzusznej, a jąder ukrytych w jamie brzusznej zupełnie nie operuje. Katzenstein przestrzega, by operować także jądra leżące w jamie brzusznej, bo w takich jądrach rozwija się nieraz nowotwór. K. operuje swoim sposobem, t. j. przez chwilowe przymocowanie jądra do uda celem wyciągu.

Momburg (Spandau). **Sztuczne zniedokrwienie dolnej połowy ciała.** M. zastosował postępowanie Esmarcha celem wywoływania sztucznego zniedokrwienia na tułowiu, posługując się opaską gumową, założoną silnie koło pasa. Dotychczasowe wyniki, zwłaszcza w położnictwie, są zachęcające. Trendelenburg zwraca uwagę, że postępowanie to przy słabem sercu jest bardzo niebezpieczne.

Czerny (Heidelberg): **O stosowaniu fulguracyi i przetworów „radiol“ z Kreuznach przy raku.** Gdzie nie można już operować, fulguracya i przetwory »radiol«, uzyskane ze źródła Kreuznach, oddają jeszcze dość dobre usługi lecznicze. Abel nie wierzy w jakiekolwiek działanie fulguracyi.

Eiselsberg (Wiedeń): **Przypadek zranienia tętnicy płucnej.** Zranienie tętnicy płucnej wskutek rany kłutej u samobójcy, wycięcie 3 i 4 żebra w aparacie Brauera, zeszycie tętnicy, wyzdrowienie.

Riedel (Jena) **Wycinanie żołądka przy wrzodzie.** (Kazuistyka).

Kotzenberg (Hamburg): **Leczenie następowe po operacyach brzusznych.** Głównem zadaniem powinno być uzyskanie możności wczesnego wstawania po operacyi, t. j. około 3—4. dnia. Jednakże przez wczesne wstawanie nie unika się całkowicie powikłań płucnych, tylko zdrowienie trwa znacznie krócej.

Seidel (Drezno): **Kliniczne i doświadczalne badania nad ostrem zapaleniem trzustki, obumieraniem tkanki tłuszczowej i uodpornianiem przeciw sokowi trzustkowemu.**

Moszkowicz (Wiedeń): **Technika brzuszno-krocznych operacyi raka części miednicznej kiszki.** Operacye powyższe dają dobre wyniki, jeżeli nie operuje się dłużej, niż $1^1/_2$ godz. Przy operacyi brzusznej według wskazówek Kraskego i Rottera, nacina się otrzewnę, podwiązuje się tętnicę odbytniczą górną i oswobadza się odbytnicę, poczem operacya od krocza idzie już bardzo szybko. Należy bardzo zwracać uwagę na dokładne zamknięcie jamy brzusznej od miednicy.

Schoemaker: **Nowy sposób operacyi niedomykalności odbytu.** S. bierze z mięśni pośladkowych pasma włókien mięsnych i umieszcza je koło odbytu. Uzyskał w ten sposób w jednym przypadku znakomity wynik.

Müller (Rostock): **W sprawie zapobiegania zatorom płucnym przy zakrzepie.** W jednym przypadku podwiązał M. zapobiegawczo żyłę biodrową zewnętrzną.

Boese (Wiedeń): **Doświadczalne badania nad ruchem robaczkowym jelit.** B. zaszył w pętli jelita u zwierzęcia ziarna śrutu i badał potem ruch jelit za pomocą promieni Röntgena, przyczem przekonał się, że pętle jelit zachowują dość stale swoje położenie w jamie brzusznej, a większe zmiany w ułożeniu wykonują nietyle ruchy robaczkowe, ile zmiany położenia ciała.

Ritter (Greifswald): **Doświadczalne badania nad wrażliwością jamy brzusznej.** R. na podstawie doświadczeń twierdzi zgodnie z Kastem i Melzerem, że narządy jamy brzusznej są wrażliwe na ból. Jelito, wyłożone na zewnątrz, staje się jednak po pewnym czasie na ból nieczułem.

Bramann (Halla). **O wartości nakłucia spoidła w chirurgii mózgu.** Nakłucie spoidła ma na celu stworzenie połączenia pomiędzy komorą a przestrzenią pod oponą twardą w razie wzmożonego ciśnienia śródmózgowego. Nakłucie to wykonuje się z małego otworu trepanacyjnego. B. wykonał je 22 razy, z tego 13 razy przy guzie mózgu, 8 razy przy wodogłowiu, a raz przy padaczce. Wynik czasem bywa bardzo dobry, tarcza zastoinowa wtedy znika. B. przedstawia 3 w ten sposób operowanych w doskonałym stanie zdrowia.

Madelung (Strasburg): **Odprowadzenie zwichnięcia barku zapomocą nacięcia stawu od tyłu.**

Willens (Gent): **Leczenie krwiaka kolana nakłuciem i natychmiastowem chodzeniem.** Przy ostrym urazowym wysięku kolana lub nagromadzeniu się krwi w stawie poleca W. chorym zaraz po wypuszczeniu płynu przez nakłucie, chodzić; wyniki są bardzo dobre, czas leczenia trwa krótko, najwyżej dwa tygodnie.

Drandt (Królewiec) pokazuje chorego, leczonego na **słoniowacinę kończyny** dolnej sposobem Handeya (wprowadzanie nitek jedwabnych celem sączkowania włosowatego).

Kausch (Schöneberg): **O wszczepianiu kości.** Z doświadczeń K. wynika, że świeżą kość można wszczepiać w ubytki. Wrede (Królewiec) potwierdza prawdziwość podanego przez Lexera sposobu przeszczepiania stawów. Steinmann (Berno) poleca przy leczeniu złamań swój wyciąg zapomocą gwoździ wbijanych w kość.

Helbing (Berlin) przy dużych **rozstępach podniebienia** przybliża przed operacyą przez 3—5 tygodni szczęki zapomocą metalowej klamry.

Muskat (Berlin) w miejsce wkładek **przy stopie płaskiej** poleca odpowiednio wymodelowaną podeszwę w trzewiku.

Kolaczek (Tübingen): **O leczeniu ropni gorących nakłuciem.**. K. poleca leczenie ropni nakłuciem i wstrzykiwaniem przeciwzaczynu (surowica krwi, wysięki zwykłe i zapalne). Leczenie trwa przytem krótko, ciepłota opada zaraz. K. stosuje to leczenie i przy ropniakach opłucnej.

Denk (Wiedeń): **Badanie krzepliwości krwi w chirurgii** ma nieraz wielkie znaczenie. Przy zwolnionej krzepliwości

dobre usługi lecznicze oddają przetwory potasu; przy za szybkiej krzepliwości kwas cytrynowy.

Comers (Heidelberg). **Spostrzeżenia przy zranieniach, powstałych przy trzęsieniu ziemi w Messynie.** Spostrzegano głównie zmiażdżenia z ciężkiemi powikłaniami ropnemi, poranienia urazowe nerwów, złamania czaszki i kręgosłupa, miednicy i innych kości. Prócz tego po zranieniach skóry czaszki występowało często wypadanie włosów (C. nazywa to łysiną urazową *alopecia traumatica*).

V. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dn. 1. stycznia 1908 do dn. 31. grudnia 1908 r. włącznie

ułożyli

Kazimierz Dłuski i **M. Rospędzihowski**
dyrektor Zakładu. b. kierownik pracowni.

Cała liczba chorych w ciągu r. 1908 wynosi 329. Według poszczególnych narodowości było: Polaków 290, Rosyan 30, Rusinów 5, Czechów 2, Niemców 1, Rumunów 1. — Ogólna liczba dni pobytu w Sanatoryum wynosi 27010; z tej zaś liczby przypada średnio na jednego chorego 82·1 dnia.

Z ogólnej liczby 329 chorych, 66 nie wchodzi do sprawozdania lekarskiego, gdyż leczenie ich trwało mniej niż 30 dni, t. j. ten najkrótszy okres czasu, jaki uważamy za niezbędny dla wyrobienia sobie choć w przybliżeniu sądu o chorobie, tak z natury swej przewlekłej, jak gruźlica. Zaznaczamy, że w liczbie 66 znajdują się chorzy, którzy przybyli do Sanatoryum po 1. grudnia 1908 i leczyli się 30 dni lub dłużej, a więc wejdą do następnego sprawozdania. — Dla uzupełnienia tego ogólnego obrazu, powinniśmy dodać, iż w liczbie 263 chorych, stanowiących przedmiot lekarskiego sprawozdania znajduje się: 36 chorych, którzy odbyli drugi kurs leczenia, 10 chorych — trzeci kurs leczenia, 3 chorzy — czwarty kurs i jedna chora wreszcie leczyła się po raz piąty w Zakładzie.

Co się tyczy samego sposobu leczenia, zauważyć należy, że obok metody Brehmera-Dettweilera, stosujemy od początku r. 1907 tuberkulinę Beranecka (TBk) wedle znanej metody Sahliego. O wynikach leczniczych na tem miejscu mówić nie będziemy, gdyż sprawa swoistego leczenia gruźlicy tym lub innym przetworem jest rzeczą bardzo powikłaną, zwłaszcza w świetle najnowszych badań o uodpornieniu na gruźlicę, a tem samem wymaga wyczerpującego omówienia. Będzie ona w bliżkim czasie przedmiotem odrębnego sprawozdania na I. Zjeździe internistów polskich w Krakowie. Przechodząc do metody Brehmera-Dettweilera, podkreślić należy, że stanowi ona podstawę leczenia, przy której tuberkulina Beranecka była tylko środkiem pomocniczym. Metoda ta jest tak powszechnie znana w całym świecie lekarskim i w szerokich kołach inteligencyi, tak obszernie pisaliśmy o jej stosowaniu w poprzednich sprawozdaniach, że obecnie w krótkich tylko słowach o niej wspomnimy. Zawiera się ona w 3 zasadniczych punktach: stałe używanie świeżego powietrza, odpowiednie odżywianie, oraz spokój fizyczny i psychiczny [1]).

Chorzy spędzają średnio 6 godziny dziennie na werandach. Poza temi zaś obowiązkowemi godzinami, weranduje znaczna ich ilość wieczorami w dnie pogodne, zarówno w porze letniej, jak i zimowej. Obowiązkowego werandowania wieczornego, jak to się dzieje w Sanatoryach niemieckich i szwajcarskich, w naszym Zakładzie dotąd wprowadzić nie mogliśmy. O przyczynach wspominaliśmy w poprzednich sprawozdaniach — powtarzać ich tu nie będziemy.

Dalej, silniejsi chorzy spędzają średnio 2—3 godzin dziennie na spacerach w parku zakładowym lub poza jego granicami, stosownie do stanu sił swych i za wiedzą lekarzy. Naturalnie od spacerów są zupełnie wykluczeni chorzy, choćby z lekkimi stanami podgorączkowymi, przyczem wychodzimy z tej zasady, że nadmiar ruchu działa bezwątpienia szkodliwie na nader pobudliwy ustrój nerwowy chorego gruźliczego, dający się łatwo pod wpływem bodźców, — obojętnych dla zdrowego, — wytrącić z równowagi. Chorzy gorączkujący obowiązkowo muszą leżeć w łóżku przy otwartych całych oknach lub górnych szybach, w tem zaś połączeniu używania świeżego powietrza ze spokojem mamy najpewniejszy środek dla usunięcia, i to trwałego, gorączki, o ile ustrój naturalnie ma dość sił odpornych. Dodamy wreszcie, iż wszyscy chorzy sypiają przy otwartych całych oknach lub górnych szybach, stosownie do stanu pogody. Przy takiem zaś nieprzerwanem oddychaniu świeżem powietrzem otrzymują stale zdrowy materyał dla swych schorzałych płuc, w nim zaś znajdują jednocześnie dzielny czynnik dla zahartowania nadwątlonego ciała. Do tego ostatniego celu służą także, — stosowane wszędzie w Sanatoryach europejskich — zabiegi wodolecznicze, a mianowicie: nacierania całego ciała, na początku wodą z wyskokiem, a później czystą, a następnie u silniejszych chorych natryski z obniżającą się stopniowo w ciągu 20—30 sekund ciepłotą od 35° do 10° C. — Nacierania stosowaliśmy w 1908 r. u 211 chorych, natryski zaś u 34. Co się tyczy odżywiania, możemy śmiało powiedzieć, iż kuchnia w Sanatoryum jest obfita i zdrowa, pożywienie składa się z 5 posiłków dziennie i mleka o 9 godz. wieczorem. Chorzy wypijają średnio 1½ litra mleka dziennie i mogą je mieć bez oddzielnej dopłaty na zawołanie. Dodać do tego należy, iż wszelkie zaburzenia w trawieniu uwzględniamy bardzo szeroko, stosując odpowiednią dyetę. Zaburzenia te jednak, tak często towarzyszące gruźlicy, również często ustępują niemal bez żadnych leków, dzięki jedynie lepszej przemianie materyi i wzmocnieniu ustroju, w czem wybitną rolę odgrywa wysokogórski klimat, jak to stwierdzili niejednokrotnie pierwszorzędni znawcy chorób narządu trawienia (u nas Prof. W. Jaworski). Wreszcie pozostaje bardzo ważny czynnik leczniczy, t. zw. spokój psychiczny chorego. Wiadomą jest rzeczą, iż każdy chory gruźliczy znajduje się w stanie ciągłego, mniejszego lub większego pobudzenia nerwowego, zapewne w zależności od stosunku, jaki zachodzi między działaniem toksyn gruźliczych, a odczynem ze strony całego układu nerwowego. Pobudliwość ta naturalnie wzrasta przy przeniesieniu chorego z blizkiego mu otoczenia do obcego środowiska, do Sanatoryum, gdzie nieznane mu są naprzód jego własne losy, gdzie na początku pobytu przedstawia mu się wszystko w rozmiarach przesadnych, w czarnych barwach, a samo leczenie wydaje się jakby ciężką robotą, karą za grzechy. Tu osoba lekarza odgrywa odrazu bardzo ważną rolę. Od jego współczucia dla cierpienia i taktu w obejściu się zależy uspokojenie chorego i przywrócenie mu pogody ducha, oraz oswojenie z koniecznością systematycznego leczenia. A dalej, od stanowczości i systematyczności lekarza, od jego sumienności w kontrolowaniu wszelkich szczegółów leczenia, zależy przebieg jego i pomyślne wyniki. Z drugiej strony chory powinien wykazać dobrą wolę i zastosować się do trudnej i nudnej dyscypliny sanatoryalnej w dobrze zrozumianym interesie własnego zdrowia. Czasem wprawdzie, najstaranniejsza opieka lekarska przy żelaznej wytrwałości chorego nie wiodą do pożądanych wyników. Licha wartość biologiczna tkanek, przy najpomyślniejszych warunkach otoczenia, rozstrzyga o ruinie ustroju. Może z czasem nauka wynajdzie jakiś środek dla tych ustrojów, skazanych przez gruźlicę na zagładę; dziś środków nie mamy. Liczby naszego sprawozdania wykazują, że takie niepomyślne wyniki stanowią bardzo nieznaczną mniejszość.

Przechodzimy teraz do wyników leczniczych objętych Tab. II. Zaczynamy od szczegółów. Jak widać z kolumny 1-szej ilość kobiet (148) znacznie przeważa nad liczbą mężczyzn (115), co już uwydatniło się po raz pierwszy w poprzedniem sprawozdaniu. I tu znów powiemy, że wytłómaczyć tego zjawiska nie umiemy, zważając, iż mężczyzna z natury swego stanowiska w społeczeństwie więcej jest wystawiony, niż kobieta na zarażenie się gruźlicą. — Co się tyczy wieku, to widzimy stale powtarzające się zjawisko, a mianowicie, że chorzy w dwóch okresach wieku, 20—30 lat i 30—40 lat stanowią z mniejszemi lub większemi wahaniami 75% leczących się. — Przechodząc z kolei do obciążenia dziedzicznego, widzimy je u 60% ogółu chorych, czyli najwyższą liczbę ze wszystkich dotychczasowych sprawozdań (najwyższa doszła w ubiegłem sprawozdaniu do 54·3%). Tymczasem mamy obecnie, jak poniżej wykażemy, najlepsze wyniki lecznicze.

Już to samo dowodziłoby, że obciążenie dziedziczne niema przyczynowego związku z wynikami leczenia, co już zresztą dawno stwierdził Turban, i co też my w każdem naszem sprawozdaniu zaznaczaliśmy.

Nim przejdziemy do ogólnych, cyframi objętych, wyników leczniczych, musimy poruszyć parę charakterystycznych szczegółów, a mianowicie znikanie laseczników i gorączki, które stanowią ważne etapy na drodze do uzdrowienia.

---

[1]) Dla dokładności zauważyć musimy, że lekarstwa stosujemy tylko przeciw rozmaitym objawom gruźlicy. Ze środków przeciwgorączkowych najlepszymi okazują się piramidon i aspiryna. Przy złym stanie ogólnym robimy wstrzykiwania arsykodylu z pomyślnym skutkiem (w 1908 r. stosowaliśmy je u 35 chorych). Posługujemy się również dla wzmocnienia ustroju takimi przetworami, jak somatoza, sanatogen i t. d.

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. I. 1908 do 31. XII. 1908 r. (wł.).

Narodowość	Ilość	płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni leczenia	Wiek lat	Wiek osób	
Polacy	290	mężczyzn 157	kobiet 172	Galicya	97	6552	1—10	3	Średni pobyt jednego chorego w Sanatoryum wynosi 82,1 dni
Rosyanie	30			Królestwo	68	5985	10—20	43	
Rusini	5			Warszawa	54	4095	20—30	137	
Czesi	2			Wołyń, Podole, Ukraina, Litwa, Rosya	90	8670	30—40	85	
Niemiec	1						40—50	38	
Rumun	1						50—60	19	
							>60	4	
				Poznańskie i Śląsk pruski	16	978			
				Czechy	2	130			
				Rumunia	2				
Razem	329			Razem	329	27.010		329	

TABLICA II.

Wyniki leczenia 263 chorych za czas od 1. I. 1908 do 31 XII. 1908 (wł.).

Płeć		Wiek lata	Wiek osób	Obciążenie dziedziczne rodzaj *)	Obciążenie dziedziczne osób	Gorączka	Prątki Kocha	Waga obliczona na 100 dni			Okresy	Poprawa wyraźna	Poprawa względna	Poprawa bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć	
mężczyźni 115	kobiety 148	1—10	3	o[1]	63	przyjechało z gorączką osób 120 wyjechało „ „ 53 przyjechało bez gorączki „ 143 wyjechało „ „ „ 210	przyjechało z prątkami osób 112 wyjechało „ „ 91 przyjechało bez prątków „ 151 wyjechało „ „ „ 172	210 osób przybrało średnio 6·3 kg 17 „ straciło „ 2·8 „ 20 „ bez zmiany 16 „ waga nieznana	Ogólna liczba dni leczenia = 25.950	Średnia liczba dni leczenia na 1. chorego = 98,6	110 osób I. okresu	82	26	2			42°/₀
		10—20	33	o[2]	7												
		20—30	112	o	90						93 osób II. okresu	61	23	3	5	1	35°/₀
		30—40	99	bez	103												
		40—50	30		263						60 osób III. okresu	29	15	4	9	3	23°/₀
		50—60	14														
		>60	2														
			263								Razem osób 263	172	64	9	14	4	
														263			

*) o[1] — oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o[2] — ze strony obojga rodziców; o — oznacza obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Prątki Kocha znikły tym razem u 21 na 112 chorych, t. j. przeszło 18°/₀, co stanowi w dwójnasób lepszy wynik, niż w ubiegłem sprawozdaniu (9·2°/₀), lepszy również, niż w I. i II. sprawozdaniu, i tylko o 4—5°/₀ niższy, niż w III. sprawozdaniu.

Wynik co do zniknięcia gorączki jest najlepszy ze wszystkich dotychczasowych sprawozdań, a mianowicie:

w I. spr.	II.	III.	IV.	Obecne
41°/₀	48°/₀	31°/₀.	53·5°/₀	55·8°/₀.

Wreszcie wspomnimy o przyroście wagi, która jako średnia cyfra u dużej ilości chorych jest bezwątpienia cennym wskaźnikiem w zakresie spraw odżywienia ustroju. Tym razem mamy dość oryginalne zjawisko, a mianowicie: przy lepszym materyale klinicznym i przy najlepszych wynikach leczniczych, przyrost wagi 6·3 klgr jest przeszło o cały klgr mniejszy, niż w II., III. i IV. sprawozdaniu. Natomiast, gdy w poprzednich sprawozdaniach widzimy, że przyrost wagi odbywa się średnio u 75°/₀ chorych, obecnie sięga on niemal 81°/₀; średni zaś ubytek (2·81 klgr) jest mniejszy, niż w ostatniem sprawozdaniu (3·1 klgr.).

Po zaznaczeniu tych wszystkich szczegółów, mających bezpośredni związek z przebiegiem leczenia, przechodzimy do ostatecznych jego wyników. Chorych naszych, jak i w poprzednich sprawozdaniach, dzielimy na 3 okresy, wedle dawnej klasyfikacyi Turbana. Uznajemy wszelkie jej braki, jako że opierając się jedynie na rozległości zmian anatomicznych, nie bierze ona w rachubę najważniejszego czynnika w walce ustroju z zarazkiem gruźlicy i jego toksynami, a mianowicie odporności tegoż ustroju. Ale w każdym razie klasyfikacya Turbana stanowi pewien schemat, ułatwiający oryentowanie się co do stanu chorego. — Na jej podstawie dodatnie wyniki lecznicze określamy zapomocą formuły »poprawa względna« i »wyraźna poprawa«. Do poprawy względnej zaliczamy wszystkie przypadki, gdzie stan ogólny doznał polepszenia, stan zaś płuc pozostał bez zmiany. Do drugiej zaś, gdzie polepszeniu stanu ogólnego towarzyszyło większe lub mniejsze polepszenie stanu miejscowego w płucach.

Z liczb naszych wypada, że poprawa wyraźna nastąpiła u 172 chorych, czyli u 65·4°/₀ całej liczby — poprawa względna u 64 chorych, czyli u 24.3°/₀ całej liczby; razem widzimy poprawę u 89·7°/₀ chorych. Pozostaje tylko 27 chorych, czyli 10·3°/₀, u których bądź stan pozostał bez zmiany (9 osób), lub nastąpiło pogorszenie (14 osób), lub wreszcie zejście śmiertelne (4 osoby). W żadnem z poprzednich sprawozdań nie mieliśmy

jeszcze takiego dużego odsetka ogółu polepszeń, gdyż najwyższa liczba z ostatniego sprawozdania dochodzi do 82·8%. Dodać do tego należy, że odsetek wyraźnej poprawy w jednym III. okresie sięga, jak i w ostatniem sprawozdaniu 48·3%.

Tak wielce pomyślne wyniki lecznicze dadzą się wytłómaczyć tem, że jeszcze nigdy nie mieliśmy takiego dobrego materyału klinicznego. I rozumiemy to nietylko w schematycznem znaczeniu podziału chorych na 3 okresy, gdzie wielki odsetek 42% w 1-szym okresie sam przez się rzuca się w oczy. Mamy tu na względzie jednocześnie wszelkie czynniki fizyologiczne, stanowiące o prawidłowem odżywieniu całego ustroju i prawidłowych czynnościach najważniejszych jego narządów. I z tego względu materyał nasz zeszłoroczny jest najlepszym.

Dla uzupełnienia tego obrazu musimy jeszcze poruszyć dwa, najczęściej zdarzające się powikłania w przebiegu leczenia, a mianowicie: krwioplucia i krwotoki, a następnie gruźlicę krtani.

Krwioplucia i krwotoki zapisaliśmy w wywiadach u 120 na 263 chorych, czyli przeszło u 45% ogółu chorych przed przybyciem do zakładu. Jest to najwyższy dotąd przez nas stwierdzony odsetek, gdyż w poprzednich sprawozdaniach spotykamy z kolei następujące liczby: w I. sprawozdaniu — 34%; w II. — 36%; w III. — 31%; w IV — 43%. Natomiast nigdy jeszcze nie spotkaliśmy powtórzenia się krwioplucia i krwotoków w tak małej ilości, jak obecnie, a mianowicie u 17 tylko chorych na 120, czyli w 14·2%, gdy w poprzednich sprawozdaniach spotykamy je w następującym chronologicznym porządku: 18%, 18%, 18% i 20%. Nadto zauważyć musimy, że krwioplucia i krwotoki pokazały się po raz pierwszy w sanatoryum u 5 chorych, co w stosunku do całej liczby 263 chorych wynosi 1·9%, w stosunku zaś do 143 chorych, którzy w wywiadach krwioplucia nie mieli, 3·7%. Liczby te są tak wymowne, że nie potrzebują żadnych komentarzy. Obalają one całkiem stanowczo legendę, że klimat wysokogórski (nawet 1050 metr., t. j. wysokość położenia sanatoryum) usposabia do krwotoków. — Już tyle razy przytaczaliśmy opinię bardzo doświadczonych klinicystów, którzy lata i dziesiątki lat spostrzegają gruźliczych w miejscowościach takich, jak Leysin (1400 m.), Davos (1560 m.), Arosa (1800 m.) i na podstawie długoletniej praktyki doszli do przeświadczenia, że klimat wysokogórski nietylko nie usposabia, ale działa hamująco dla różnych względów na krwioplucia i twierdzenia swe popierają niezbitymi liczbowymi dowodami, że dalej ani ich argumentów, ani naszych własnych powtarzać nie będziemy. W takiej specyalnej sprawie rozstrzygają fakty i liczby. Są one wyraźne i jasne i mówią same za siebie.

Przechodząc do gruźlicy krtani, możemy również twierdzić, że na ogół nie widzimy ujemnego wpływu wysokogórskiego klimatu na jej przebieg. Zapewne, są różne postacie gruźlicy krtani, są większe lub mniejsze, powierzchowne lub głębokie zmiany, i zależnie od ogólnego stanu ustroju, jak też i od odporności miejscowych tkanek, sprawa gruźlicza krtani może się poprawić lub pogorszyć zarówno w wysokogórskim, jak i w ciepłym morskim, jak też i w swojskim klimacie.

Z naszych dotychczasowych spostrzeżeń możemy wnosić, że z nielicznymi wyjątkami, klimat nasz wywiera w tym kierunku wpływ dodatni. W obecnem zaś sprawozdaniu widzimy wyniki nader pomyślne, jak nigdy przedtem. Gruźlicę krtani stwierdziliśmy u 13 osób, z których u 6 ciężką postać z wielkimi naciekami i owrzodzeniami. Otóż nie stwierdziliśmy ani jednego przypadku pogorszenia. Wynik ostateczny: u 4 stan bez zmiany, u 9 poprawa, w tej liczbie dwie znaczne poprawy. Do tych powikłań w przebiegu gruźlicy płuc musimy dodać jeszcze następujące: zmiany gruczołów *(lymphadenitis)* (10 przypadków), gruźlica jelit (5), zapalenie gruźlicze otrzewnej (2), zapalenie gruźlicze stawów (3), zapalenie okostnej i kości (1), gruźlica prosówkowa (1), wrzód gruźliczy na języku i dziąsłach (1), przetoka odbytnicy (2), odma piersiowa (1), zapalenie nerek gruźlicze (2) zapalenie ucha środkowego (1), gruźlicze zapalenie osierdzia (1), dychawica oskrzelowa (1), zwykłe zapalenie wyrostka robaczkowego (3), czerwiwość *(trichocephalus dispar)* (1), przewlekłe zapalenie nerek (1), przewlekły nieżyt jelit (1), kamica żółciowa (1), suche zapalenie osierdzia (1), choroba Basedowa (1), białkomocz (4), odczyn dwuazowy (6). Dla uzupełnienia obrazu musimy jeszcze wspomnieć o paru charakterystycznych szczegółach, które przytaczamy we wszystkich naszych sprawozdaniach, a mianowicie: główne ogniska gruźlicze i suche zapalenie opłucnej. Co się tyczy pierwszych, mamy na względzie ogniska w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki, i w lewem z przodu w II i III międzyżebrzu w pobliżu mostka. Ogniska te pojawiają się oddzielnie lub jednocześnie u jednego i tego samego chorego. Wspominamy zaś o nich dlatego, że występują one przed ukazaniem się sprawy w szczytach, że w ogniskach tych sprawa bywa znacznie posunięta naprzód wówczas, gdy szczyty są mało lub wcale nie dotknięte chorobą, że sprawa ta odznacza się pewną uporczywością, skąd wynika, że i poprawa w tych ogniskach następuje trudniej niż w innych częściach płuc. Ogniska takie znaleźliśmy w tym roku u 12,5% ogółu chorych. Przechodząc do suchego zapalenia opłucnej, zaznaczamy, że jakkolwiek jest ono częstem zjawiskiem w przebiegu gruźlicy płuc, wspominamy o niem dlatego, że w naszych przypadkach ma ono pewne swoiste cechy, które z pewną prawidłowością stale się powtarzają. Do cech tych należą: wybitna zmienność i krótkotrwałość objawów przedmiotowych i podmiotowych, jak tarcie i ból, które znikają czasem w ciągu kilku godzin, i to niekiedy bezpowrotnie; pewien niestosunek między objawami przedmiotowymi a podmiotowymi, tak, że przy ograniczonem tarciu na przestrzeni paru lub kilku centymetrów kwadratowych, ból może dochodzić do wysokiego stopnia natężenia, ciepłota ciała zaś może się podnieść aż do 40°; ale trwa to krótko, parę godzin zaledwie. Bywa też zupełnie naodwrót. Wreszcie takie ograniczone suche zapalenia opłucnej nie mają związku z głównemi ogniskami, gdyż mogą się pojawiać zdala od nich, w chorem płucu lub też zdrowem, czasem przerzucają się z miejsca na miejsce, nie zdradzając swego istnienia żadnymi podmiotowymi objawami i wówczas dadzą się wykryć tylko dzięki systematycznemu badaniu całej powierzchni klatki piersiowej. W roku ostatnim (1908) spostrzegaliśmy je u 39 chorych, czyli u 14,7% ogółu chorych.

Na tem kończymy nasze sprawozdanie. Omawiając poszczególne pozycye, sformułowaliśmy w krótkich słowach wnioski, które z zestawienia liczb same wynikały. Na zakończenie możemy powtórzyć raz jeszcze, że otrzymane wyniki lecznicze — okrągło 90% poprawy — są nader pomyślne. Polegają one głównie na tem, że materyał kliniczny był obecnie lepszy, niż we wszystkich poprzednich latach. Potwierdza to dawno już znaną prawdę kliniczną, że, im wcześniej rozpoczęto leczenie gruźlicy, tem więcej ma chory szans dla poprawy swego zdrowia. Prawda ta zyskuje coraz szersze prawo obywatelstwa. Dzięki temu, lekarze rodacy, których poparciu zakład na pierwszem miejscu zawdzięcza swe powodzenie — nie przysyłają już chorych, pozbawionych wszelkiej nadziei poprawy, jak to bywało czasem w pierwszych paru latach istnienia Sanatoryum. Zresztą i publiczność nasza także przyszła do tego przeświadczenia, że klimat tutejszy może przez swe składowe czynniki, działające podniecająco na ustrój, dokonać wiele, nawet wówczas, gdy czyste powietrze nizin jest bezsilne, ale cudów tworzyć nie zdoła. Równolegle z polepszeniem materyału klinicznego i lepszymi wynikami leczniczymi, stale wzrasta ogólna frekwencya Zakładu. Już w zeszłorocznem sprawozdaniu zaznaczyliśmy, iż frekwencya w porównaniu z I sprawozdaniem (od listopada 1902 do kwietnia 1904) wzrosła w stosunku 6,4 do 4,2. Obecnie zaś, w porównaniu z ostatniem sprawozdaniem, frekwencya wzrosła jeszcze o 15%. Fakt ten dowodzi, iż pomimo zagnieżdżonych u nas uprzedzeń do wszystkiego, co swojskie, pomimo specyalnych uprzedzeń skądinąd do klimatu zakopiańskiego, Sanatoryum, jako zakład leczniczy, zyskało sobie prawo obywatelstwa w naszem społeczeństwie. Do nas, lekarzy zakładowych, należy, aby Zakład, który zdobył sobie życzliwość kolegów i zaufanie naszej inteligencyi do tego stopnia, że 20—25% chorych, przyjeżdża z własnej inicyatywy — spełniał i nadal umiejętnie i sumiennie zadanie, jakie sobie zakreślił. Rozumiejąc całą trudność tego zadania, będziemy i nadal pracowali z tą myślą, że owoce naszej pracy wychodzą na pożytek naszemu społeczeństwu.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

Sprawozdanie za r. 1905 ukazało się z końcem roku zeszłego. Rychlejsze ukazywanie się sprawozdania, pod każdym względem pożądane, będzie zapewne wtenczas możliwe, jeżeli zestawienia roczne z powiatów, tworzące materyał, na którym się sprawozdanie opiera, wpływać będą wcześniej. Pragnąćby należało, aby pod tym względem nastąpiła zmiana, umożliwiająca rychlejsze ukazywanie się cennego wydawnictwa Rady Zdrowia. Sprawozdanie tegoroczne prawie nie różni się w ogólnym układzie od poprzedniego. Pomieszczane dawniej na końcu zestawienia tabelaryczne, oraz dział pod tytułem: »Naturalny przy-

rost ludności«, już zdaje się do sprawozdań nie powrócą, chociaż brak ich uważać należy za stratę. Pożądane byłoby, jak mi się zdaje, podawanie zaludnienia poszczególnych powiatów i miast, przyjętego w danym roku za podstawę obliczeń, oraz bogatszych danych o ruchu emigracyjnym (stałym i sezonowym).

1 Ruch ludności.

A. Małżeństwa.

Małżeństw zawarto w r. 1905, 63.641, t. j. 8,3 na 1000 ludności, najwięcej w powiatach ruskich (do 11,8), najmniej w polskich (minimum 5,7).

B. Urodzenia.

W r. 1906 i bezwzględnie i w stosunku do ludności urodziło się mniej dzieci, niż w poprzednich dwóch latach, mianowicie 317.445 t. j. 41,39‰ ludności, gdy w r. 1904 43.25, w 1903 42,6. Niemniej Galicya zajmuje zawsze pierwsze miejsce w Austryi liczbą urodzin w stosunku do ludności. Najpłodniejsze są, jak od szeregu lat, powiaty ruskie, z których tylko w powiatach zaleszczyckim, brodzkim i borszczowskim od lat 3 liczba urodzin stopniowo się zmniejsza, prawdopodobnie w następstwie emigracyi do Ameryki. Liczba dzieci nieślubnych znowu się nieco w r. 1905 zmniejszyła; w stosunku do ogólnej liczby urodzin wynosi 9,1%. To zmniejszanie się stopniowe, a stałe, jest następstwem coraz mniejszej ilości małżeństw rytualnych wśród ludności żydowskiej (dzieci z małżeństw rytualnych zapisywane są jako nieślubne). Nieżywo urodzonych było w r. 1905 znowu mniej (2,01%); powolny, ale stały spadek liczby nieżywo urodzonych rozpoczął się od r. 1901. Sprawozdanie podaje utaj tabelaryczne zestawienie nieżywo urodzonych we wszystkich powiatach kraju za lat 5. Z wyjątkiem powiatu kossowskiego wszystkie inne (22) powiaty z wysoką cyfrą nieżywo urodzonych są to powiaty, zamieszkałe przez ludność polską. W kossowskiem tłómaczy się to epidemią kiły. Co do innych powiatów z wysoką cyfrą nieżywo urodzonych, zwraca uwagę, że są to powiaty wzajem zesobą graniczące· jedna grupa takich powiatów znajduje się w południowo-zachodnim górzystym kącie kraju (Myślenice, Nowy Targ, Limanowa, Żywiec i t. d.), a druga w północnym kącie (Tarnobrzeg, Mielec, Nisko). Postęp w zakresie pomocy położniczej jest i w tym roku widoczny, wszelako wogóle bardzo powolny, postęp roczny nie dochodzi bowiem nawet 1,5% porodów. I tak w roku 1904 odbyło się przy pomocy położniczej 27% wszystkich porodów, w r. 1904 28,4%. Gdyby postęp i nadal był równie powolny, to dopiero za lat 30 możnaby się spodziewać zrównania się Galicyi z resztą Austryi, gdzie już obecnie wszystkie porody odbywają się przy pomocy położniczej. Jest 12 takich powiatów, gdzie liczba porodów, umiejętnie prowadzonych przez egzaminowane położne, nie dochodziła nawet 10%, a zaledwo 6 takich, gdzie wynosiła od 51 do 90%. Powyżej 91% wynosiła tylko w miastach Lwowie i Krakowie.

C. Śmiertelność.

W stosunku do ludności, obliczonej na r. 1905 według średniego przyrostu, wynosiła śmiertelność 27,83 na 1000 ludności i była wyższa od śmiertelności roku poprzedniego. W ostatniem pięcioleciu tylko r. 1902 miał śmiertelność większą (28,14). Zwiększona śmiertelność w r. 1905 tłómaczy się rozległą klęską posuchy.

1. Śmiertelność według wieku.

Liczba dzieci zmarłych poniżej 5-go roku życia stanowi ciągle jeszcze przeszło połowę wszystkich zmarłych, pomimo, że r. 1905 był pod tym względem stosunkowo pomyślny (51,3%), a pomyślniejszy od niego był tylko r. 1904 (50,67%). Jak zwykle, była śmiertelność niemowląt największa w powiatach, odznaczających się najwyższą płodnością.

2. Śmiertelność według przyczyn śmierci.

Już omawiając poprzednie sprawozdania, zwracaliśmy uwagę, że istotną wartość w tym dziale ma statystyka śmiertelności tylko niektórych chorób nagminnych, które są sprawdzane przez lekarzy urzędowych. Dane o śmiertelności z innych chorób, oparte na wykazach parafialnych, można zużytkować tylko z zastrzeżeniami ze znanych powodów (zaledwo $^1/_4$ zwłok oglądają lekarze, resztę niewykształceni oglądacze).

Wrodzony brak sił żywotnych miał być przyczyną śmierci w 2825 przypadkach.

Gruźlica i zapalenie płuc zabrały w r. 1905 7,28 na 1000 ludności. Rok ten był pod tym względem gorszy, niż którykolwiek z 4 poprzednich lat, w których odpowiednie liczby odsetkowe wynosiły kolejno: 6,41—6,73,—6.39,—6,86. Nawet uwzględniając zastrzeżenia, poczynione powyżej, nie można zaprzeczyć, że śmiertelność z gruźlicy i zapalenia płuc w kraju naszym stopniowo wzrasta. I w tym roku także miasto Kraków zajmuje niestety trzecie miejsce ze śmiertelnością 12,3, o 0,1 większą, niż w r. 1904. W mieście Lwowie stosunki w porównaniu z r. 1904 znacznie się pogorszyły, gdyż śmiertelność z chorób narządu oddechowego wzrosła z 9,98 w r. 1904 na 11,2 w r. 1905. Ponad 10% wynosiła śmiertelność w tym dziale w r. 1903 tylko w pięciu, w r. 1904 w dziewięciu, a w r. 1905 już w 15 powiatach. W kilkunastu powiatach śmiertelność w tym zakresie wzrasta stale. a z nich powiaty: Gródek, Jaworów, Lwów, Mościska, Rawa i Rudki tworzą jeden kompleks, szczególnie pod tym względem dotknięty.

Błonica była według wykazów parafialnych w r. 1905 przyczyną śmierci u 0·83‰ ludności. Pod tym względem był rok ten nieco korzystniejszy od obu poprzednich. Mało rozszerzona była błonica na t. zw. Pokuciu, t. j. w powiatach południowo-wschodnich, a także w tarnobrzeskiem, limanowskiem i przeworskiem. Najwięcej zdawała się grasować w stryjskiem i brzeżańskiem, gdzie zresztą od lat kilku wcale nie wygasa. Do wiadomości lekarzy urzędowych doszło zaledwo nieco więcej niż 1/5 przypadków błonicy! Pod tym względem nie są bez winy same władze sanitarne. Rada Zdrowia wytyka, że w jednym z powiatów urzędownie nie stwierdzono ani jednego przypadku błonicy, chociaż w tymże powiecie miało na nią umrzeć według wykazów parafialnych 114 osób! Leczenie surowicą, o którem sprawozdanie podaje zestawienie tabelaryczne według powiatów, dało wogóle wyniki bardzo dobre. Niezmiernie przykre wrażenie sprawia jednak uwaga Rady Zdrowia, że »niepodobna zrozumieć, dlaczego niektórzy lekarze urzędowi, mimo licznych dojazdów do gmin nawiedzonych epidemią, nie stosowali surowicy ani razu, lub też tylko wyjątkowo« (powiaty żydaczowski, podhajecki, lwowski — leczono surowicą 3 osoby na 79—, gorlicki i in.). »Trudno przypuścić — dodaje Rada Zdrowia — by jedynie opór ludności przeciw wstrzykiwaniom surowicy był przyczyną tej przesadnej wstrzemięźliwości w używaniu surowicy«.

Krztusiec zabrał w r. 1905 według wykazów parafialnych 6657 osób, według zaś wykazów lekarzy urzędowych zmarło osób 1426, a chorowało 21.000.

Na ospę chorowało osób 169, zmarło 17; chorowało więc o 127, a zmarło o 10 więcej, niż w r. 1904. Przypadki ospy pojawiły się w mieście Krakowie i 35 miejscowościach 13 powiatów; wszędzie zdołano ją wcześnie opanować z wyjątkiem powiatów dąbrowskiego, chrzanowskiego i brodzkiego, gdzie się nieco rozszerzyła, w pierwszym z nich dlatego, że pierwsze przypadki ludność zataiła, w obu innych dlatego, że pierwsze przypadki, występujące w formie ospy złagodzonej, uszły uwagi. We wszystkich prawie przypadkach stwierdzono zawleczenie z poza granic kraju, zwłaszcza z Królestwa, Rosyi i Rumunii.

Płonica była według wykazów parafialnych przyczyną śmierci u 6143 osób, mniej, niż w którymkolwiek z poprzednich lat. 5. Lekarze urzędowi stwierdzili płonicę w miastach Lwowie i Krakowie, oraz we wszystkich powiatach (936 miejscowości); chorych było 18.129, a zmarło z nich 26,6%.

Odrę jako przyczynę śmierci podają wykazy parafialne w r. 1905 u 3155 osób. Lekarze urzędowi sprawdzili ją u 33.489 osób, z których zmarło 5,7%. Zajętych epidemią powiatów było 72.

Na dur plamisty zmarło według wykazów parafialnych 440, według wykazów lekarskich 448 osób. Sprawdzono go urzędownie u 4286 osób. W stosunku do liczby chorych wynosiła śmiertelność 10,4%. Sprawozdanie podaje tabelaryczne zestawienie liczby gmin zakażonych, osób chorych i zmarłych na dur plamisty w każdym z powiatów w r. 1905, a obok tego liczby średnie z poprzednich 5 lat. W pięcioleciu tem nie było ani jednego przypadku duru plamistego w 7 powiatach, leżących w zachodniej części kraju. Wyżej 2‰ ludności było zachorowań w powiecie nadwornianskim i jaworowskim. Jak zwykle, podaje sprawozdanie szczegóły epidemiologiczne, z których wynika, że zarazę zawlekają najczęściej żebracy i włóczęgi, robotnicy (z poza granic kraju), że dalej nierzadkie są przypadki rozwleczenia zarazy za pośrednictwem odzieży, bielizny i szmat, zwłaszcza starzyzny (w r. 1905 8 przypadków), przez jarmarki, targi, wesela i odpusty, przez domokrążców, handlarzy, dezerterów i przemytników z Rosyi. Dwa razy stwierdzono rozwleczenie duru z aresztów. Przy zwalczaniu duru plamistego zakaziło się w r. 1905 8 lekarzy (1 rządowy, 4 okręgowych, 1 kolejowy, 1 miejski, jeden wolno praktykujący), z których trzech zmarło. Nadto zaraziło się 2 żandarmów, i 2

dozorców chorych. Oprócz tego zawleczono dur dwukrotnie przez przewiezienie chorych; nadto podaje sprawozdanie, jako przykłady innych sposobów zawleczenia choroby: przeniesienie zarazka przez strażnika propinacyjnego, woźnych sądowych, pisarza pokątnego, księdza, spełniającego funkcye duchowne, siostrę Służebniczkę i t. p. Najczęstszym jednak sposobem rozwleczenia zarazy było odwiedzanie chorych przez zdrowych (123 przypadki). W 104 przypadkach nie zdołano wykryć źródła choroby. W 8 epidemiach rozpoznawano z początku dur brzuszny; zważywszy warunki, w jakich odbywa się sprawdzanie choroby, uznać trzeba ten odsetek pomyłek za bardzo mały. Smutną ilustracyą stosunków jest przytoczony w sprawozdaniu fakt, że w pewnej miejscowości w powiecie tłumackim, uważający się za lekarza właściciel posiadłości leczył dur plamisty wśród czeladzi swojej w czworakach pigułkami Morrisona; wprawdzie ukarano go grzywną, ale zanim się władze o epidemii tajonej i o partactwie dowiedziały, zachorowało w tej wsi i w okolicy osób 140, a zmarło dziewiętnaście!!

Co do duru brzusznego, nie było jeszcze w kraju roku tak pomyślnego, jak 1905, który pod tym względem przewyższył nawet najpomyślniejszy rok 1902. Według wykazów parafialnych zmarło z duru brzusznego w roku tym 2157 osób; lekarze sprawdzili dur w 1075 miejscowościach u 8384 osób, z których zmarło 1037. Sprawozdanie podaje tabelaryczne zestawienia chorobowości i śmiertelności według powiatów, z którego wynika, że rzadki już dziś (mniej niż 5 przypadków na 10.000 ludności) jest dur brzuszny w 8 powiatach zachodnich: Biała, Chrzanów, Gorlice, Grybów, Podgórze, Wadowice, Wieliczka i Żywiec. Najgorsze są stosunki na wschodnich krańcach kraju, z których w borszczowskiem, cieszanowskiem, dobromilskiem i zbarazkiem bywa ponad 30 przypadków na 10 000 ludności. Co do przyczyny wybuchu epidemii duru brzusznego, to lekarze delegowani do sprawdzania epidemii zbyt często a niesłusznie uważają za źródło epidemii zakażoną wodę. Już poprzednie sprawozdanie podnosiło, że można to przyjąć wtedy, jeżeli nagle zachoruje sporo osób z pośród tych, które używały podejrzanej wody. Rada Zdrowia kładzie na to i w tym roku nacisk, podkreślając słusznie doniosłość stykania się zdrowych z chorymi dla szerzenia się epidemii i konieczność odosobnienia chorych. Jako źródło epidemii podali lekarze w r. 1905 wodę w 466 przypadkach, zawleczenie z innej miejscowości w 256, przeciąganie się dawniejszej epidemii w 45; w 305 przypadkach nie wykryto przyczyny wybuchu epidemii. Sprawozdanie przytacza kilka przykładów zawleczenia epidemii z dalszych okolic.

Z czerwonki zmarło w r. 1905 według wykazów parafialnych 1317 osób, prawie 2 razy tyle, ile w r. 1904, lecz o 381 mniej, niż w r. 1903. Urzędowo stwierdzono czerwonkę w 150 miejscowościach u 2582 osób, z których zmarło 485 (19,8% chorych). Najwięcej zachorowań i śmierci było w kwartale III.

Cholera azyatycka zawitała po dziesięcioletniej przerwie w r. 1905 znów do kraju, zawleczona z Prus zachodnich. Na szczęście skończyło się na jednem małem ognisku (w Padwi Narodowej w mieleckiem), które rychło rozpoznano i stłumiono. Zachorowało 6 osób, a zmarło 3.

Z cholery dzieci miało w r. 1905 według wykazów parafialnych umrzeć 3566 dzieci, z czego 65% w III kwartale; najwięcej dotknięty był powiat kossowski z powodu niedbalstwa i niechlujstwa matek Hucułek; z cholery swojskiej miało umrzeć 78 osób; z gorączki połogowej 735 kobiet (najwięcej w powiecie rawskim, szczególniej w najuboższym okręgu niemirowskim, a dalej w powiatach podhajeckim, rohatyńskim, żółkiewskim i trembowelskim); choroby zakaźne przyranne (róża, ropowica, posocznica, tężec i ropnica) miały być przyczyną śmierci u 528 osób (o niepewności tych danych, jako opartych na wykazach parafialnych, pisałem już w latach poprzednich).

Obraz innych chorób zakaźnych w r. 1905 przedstawia się w sposób następujący: Grypę stwierdzili lekarze u 4395 osób, z których zmarło 163 (według wykazów parafialnych zmarło 218). Nagminne zapalenie opon mózgowych wystąpiło w r. 1905 w postaci poważnej epidemii, którą władze sanitarne starannie nadzorowały i sprawdzały. Zachorowań sprawdzono 1760; zmarło 916, czyli 52,6%. Według wykazów parafialnych zmarło z tej przyczyny 1165 osób; liczba ta dlatego jest większa od liczby, podanej przez lekarzy, ponieważ bardzo często choroba przebiegała tak szybko, iż w ciągu jednego lub 2 dni chory umierał, a gdy nie było dalszych przypadków, zwierzchność gminna do starostwa nie donosiła. W roku tym poruczyło namiestnictwo na wniosek krajowej Rady Zdrowia zbadanie epidemii nagminnego zapalenia opon docentom Drobie i Kucerze; wyników ich cennej pracy, podanych w sprawozdaniu, tutaj, jako skądinąd znanych[1]), już nie przytaczam. Zimnica miała być przyczyną śmierci w 15 przypadkach, ale, zdaniem Rady Zdrowia, niewątpliwie przypadków było więcej. Kiła miała być przyczyną śmierci 35 razy, ostry gościec stawowy tylko raz. Ospę wietrzną stwierdzili lekarze w 263 miejscowościach, chorowało osób 1420, zmarło 1 dziecko. Nagminne zapalenie ślinianek przyusznych stwierdzono w 75 miejscowościach u 1794 osób (z tego 1635 dzieci), zmarło 9 dzieci.

Ze wszystkich chorób zakaźnych zmarło w roku 1905 osób 32.916, o 551 więcej, niż w r. 1903. W stosunku do ludności według spisu z r. 1900, zmarło z chorób zakaźnych w r. 1904, dotychczas najpomyślniejszym pod tym względem, 4,4‰, w r. 1905 zaś 4,6‰, wszelako w stosunku do ludności, obliczonej na każdy rok, z uwzględnieniem średniego przyrostu wypadałoby w r. 1904 4,25‰, w r. 1905 4,16‰. Gdyby zresztą mimo to uważać rok 1905 za mniej pomyślny od 1904, to jednak należy zważyć, że na rok 1905 przypada epidemia nagminnego zapalenia opon, która znacznie pogorszyła śmiertelność ogólną z chorób zakaźnych, chociaż śmiertelność z błonicy, płonicy, odry i duru brzusznego w r. 1905 znów się obniżyła. Jak zwykle, była śmiertelność z chorób zakaźnych najwyższa w powiatach wschodnich z ludnością przeważnie ruską. Uderzający jest wzrost śmiertelności z tych chorób w powiecie bohorodczańskim z 1,7‰ w r. 1904, na 7,6‰ w r. 1905. Na odwrót, zmniejszyła się śmiertelność wybitnie w tym zakresie w powiatach turczańskim i drohobyckim.

Choroby zakaźne przenośne ze zwierząt były w r. 1904 przyczyną śmierci 35 osób; z tego na wąglik 21, na wodowstręt 14 (z 557 osób leczonych w krakowskim zakładzie, zmarło 5, t. j. 0,89%). Nosacizny u ludzi, ani włośnicy w roku 1905 nie spostrzegano.

Z innych przyczyn śmierci wymienia sprawozdanie: udar mózgowy 1526 (0,71% wszystkich zmarłych), organiczne wady serca i choroby naczyń 3213 (1,5%), nowotwory złośliwe 2434 (1,14%). Liczby odsetkowe są tu prawie takiesame, jak w roku poprzednim.

Ciemna plama naszej statystyki sanitarnej, ogólnikowa rubryka: inne naturalne przyczyny śmierci, nietylko nic się nie poprawiła, ale nawet pogorszyła, albowiem obejmuje 52,8% wszystkich zmarłych (w trzech latach poprzednich 48,05—51—52,2%).

Uszkodzenia przypadkowe wywołały śmierć w 1625 wypadkach (śmiertelność z tego powodu od szeregu lat jest prawie stała), samobójstwa w 410 przypadkach (powieszenie 222, zastrzelenie 95, otrucie 36, utopienie 29), zabójstwa i morderstwa w 158 przypadkach.

Na końcu tego rozdziału podaje sprawozdanie, jak zwykle, zestawienie ogólnej śmiertelności, obliczonej na 1000 ludności według poszczególnych powiatów w ostatnich 4 latach. Śmiertelność wynosiła w r. 1904 ponad 40‰ tylko w jednym powiecie jaworowskim, w r. 1905 w trzech: grodeckim, stanisławowskim i jaworowskim; od 30 do 40‰ miało śmiertelność w r. 1904 powiatów 19, a w r. 1905 — 31. W grupie tej znajduje się powiat żywiecki i miasto Kraków, wszystkie inne powiaty tej grupy leżą we wschodniej części kraju. W powiecie stanisławowskim był rok 1905 najgorszym z całego dziesięciolecia (40,2‰), niektóre gminy tego powiatu miały śmiertelność »wprost zatrważającą« (Brynia 62‰, 9 innych gmin 40 do 50‰).

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Cavete! »Związek państwowy organizacyi lek. austr.« ogłasza następujące posady jako objęte bojkotem: 1) Aussig (fabr. Schichta), 2) Piotrowice na Śląsku (posada lekarza gminnego i lekarza kasy fabr. sody hr. Larischa), 3) Neumarkt-Köstendorf, 4) Gratkorn, 5) Trautmansdorf, 6) Spital, 7) Nassreith, 8) Valaluca; ostrzega zaś przed posadami w Grazu, Windischgraz, Weinburg, Biedermannsdorf, Prein, Schruns, Rehberg, Kirchschlag, Hals, Meinetschlag, Galtenhof, Engelsberg, Breitenau, Hermannstadt. *K.*

Posada dla wdowy po lekarzu. Kolega 60-letni, mieszkający zagranicą, poszukuje dla pomocy w gospodarstwie i towarzystwa osoby starszej (40—50 lat), inteligentnej, muzykalnej, znającej się na gospodarstwie domowem, zdrowej. Posada przeznaczona jest dla wdowy po lekarzu, bezdzietnej, Polki (służba w domu jest polska). Warunki: odpowiednie wynagrodzenie, koszta podróży na miejsce, wszelkie wygody, stanowisko w domu, jak krewnej. Zgłoszenia zaraz do Zarządu Towarzystwa lekarskiego (Kraków, Radziwiłłowska 4). Koledzy, którzyby znali odpowiednie, pomocy potrzebujące kandydatki, raczą zwrócić ich uwagę na tę posadę i donieść o nich Towarzystwu lek. krakowskiemu. *R.*

Stosunki lekarzy wojskowych w Austryi zaczynają się trochę poprawiać. Dowodem tego jest przedewszystkiem nowy awans majowy, zamianowano bowiem odrazu jednego starszego generalnego lekarza, 2 generalnych lekarzy, 9 starszych lekarzy sztabowych i 20 lekarzy pułkowych. Dodać należy, że mianowano lekarzami sztabowymi 4 starszych lekarzy pułkowych, którzy przed laty przepadli przy egzaminie na ten stopień. Ma być też wogóle zwiększona liczba lekarzy sztabowych, a to w ten sposób, że w każdym pułku będzie szefem lekarskim lekarz sztabowy, podobnie jak w Niemczech. *X.*

Z powodu bojkotu kas chorych w Kolonii odbyły się dwie rozprawy sądowe, wytoczone kolegom solidarnym przez lekarzy, którzy wbrew woli i postanowieniu ogółu objęli posady kasowe, a to o napiętnowanie publiczne słowem »łamistrejk«. W pierwszym przypadku, gdzie szło o użycie tego wyrazu na zebraniu lekarskiem, sąd uwolnił oskarżonego, przyjmując, że działał w myśli usprawiedliwionych interesów stanu, natomiast w drugim skazał innego lekarza na 30 marek grzywny, albowiem lekarz ten wobec chorego wyraził się: »To nie jest żaden doktór, lecz łamistrejk«. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 9. V. do 15. V. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Sołotwina 1, Mołotków 5, Babcze 2), Drohobycz (Medenice 2, zachorował lek. okręgowy Dr Norbert Rubinstein, Letnia 2), Horodenka (Hawrylak 8, Czortowiec 1, Niezwiska 5), Jaworów (Sarny 1), Kołomyja (Słobódka polna 5, Siemakowce 4, Gwoździec stary 4, Gwoździec 1, zachorował lek. okręgowy Dr Konstanty Sumorok), Kosów (Chomczyn 1), Lisko (Wola mihowa 2), Mościska (Małnów 6, Hodynie 1), Nadwórna (Pniów 9), Podhajce (Sokolniki 2, Chatki 1), Rawa (Werhrata 6), Sanok (Radoszyce 1), (Hlebów 1, Poznanka hetm. 1, Zarubińce 1), Śniatyn (Trościaniec 9), Stanisławów (Chomiaków 5), Tarnobrzeg (Nadbrzezie 1), Turka (Jabłonka w. 2, Lipie 1, Ilnik 1), Zaleszczyki (Koszyłowce 2), Złoczów (Czyżów 12), Żółkiew (Batiatycze 2), Zborów (Jezierna 1, lekarz miejscowy Falk Hirschorn). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. IV. do 15. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † — (w tem obcych 3 † —), krztuśca 1, płonicy 8 † 3 (1 † 1), odry 2 (1), duru brzusznego 2 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 9. V. do 15. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2, płonicy 22 † 3(w tem obcych 5 † —), duru brzusznego 5 † 1 (1 † —). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 25. IV. do 1. V. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 8 † 1, odry 2, płonicy 7 † 1, róży 7, błonicy 6, duru osutkowego 46 † 2, duru brzusznego 17 † 2, duru powrotnego 13. (*Gaz. lek.* 20).

Dr Józef Saks.

(Wspomnienie pośmiertne).

Świat lekarski łódzki, a wraz z nim medycyna polska poniosła poważną stratę przez śmierć Dra Józefa Saksa.

Cechy umysłu i charakteru zmarłego Kolegi najdobitniej określa to stanowisko, jakie zajmował wśród lekarzy łódzkich; pomimo młodego wieku był poszukiwanym sędzią wszelkich nieporozumień koleżeńskich. Wysoce logiczny i wyrobiony umysł łączył Zmarły ze szlachetnością przekonań i wysoką bezstronnością. Te zalety zyskały mu szacunek kolegów, pomimo surowowości w obejściu i wypowiadania prawdy często bez oglądania się na miłość własną przeciwnika.

Te same właściwości miała cała działalność lekarska i naukowa Zmarłego. Przy dobrej znajomości medycyny ogólnej był wysoce wykształconym lekarzem-ginekologiem, umiejącym ściśle określić zakres własnych sił i możności, niedającym się unieść żadnej fantazyi naukowej. Świadczy o tem cały Jego dorobek literacko-naukowy, którym poważnie zbogacił piśmiennictwo polskie w zakresie położnictwa; w tej dziedzinie ogłosił drukiem dwadzieścia dwie prace.

Jako kierownik przytułku dla położnic, istniejącego przy szpitalu żydowskim w Łodzi, postawił swój oddział na wysokości współczesnej wiedzy; wielką i wytrwałą pracą wyrobił się na biegłego operatora, którego ręką kierowała zawsze wielka wiedza, poczucie odpowiedzialności i spokojny krytycyzm.

Posiadając zdolności organizatorskie, dużo w tym kierunku pracował dla miejscowego Towarzystwa lekarskiego, którego był członkiem pilnym i jednym z najczynniejszych.

W życiu politycznem i społecznem brał czynny udział, wnosząc wraz ze swą osobą zrównoważony sąd, pracę wytrwałą i nieposzlakowaną czystość moralną.

Całe życie Józefa Saksa było wypełnione pracą; nie chwilowy poryw, lecz stale odczuwany obowiązek był dźwignią tej pracy, której zawsze przyświecały ideały prawdy i miłości społeczeństwa.

Zmarłego Kolegę żegnamy szczerym żalem jako towarzysza, którego brak jeszcze przez długie lata odczuwać będziemy. Cześć pamięci młodo zgasłego pracownika. *S. S.*

Wiadomości bieżące.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lek. galic. ogłasza następujące wezwanie:

Do Szanownych Zarządów Sekcyi Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Przygotowując do druku sprawozdanie Towarzystwa za rok 1908 zauważyliśmy, że wiele sekcyi nie nadesłało dotąd protokołów z posiedzeń i sprawozdania z czynności za rok ubiegły.

Nauczeni doświadczeniem, że pominięcie tej lub owej sekcyi w sprawozdaniu rocznem daje powód do zażaleń i nieporozumień, a chcąc nadto zebrać jak najwięcej materyału w celu przedstawienia całej działalności i rozwoju Towarzystwa, upraszamy Szanowne Sekcye o przedłożenie sprawozdań za rok ubiegły najdalej do końca maja b. r.

Sekr. gen. *Dr Świątkowski* Prezes *Dr Merunowicz*

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 19/V posiedzenie, na którem Prof. Kader i Dr Radliński przedstawiali chorych z kliniki chirurgicznej, poczem Prof. Ciechanowski miał wykład: »O głównych wrotach gruźlicy w ustroju ludzkim«. W dyskusyi nad wykładem Dra Eisenberga przemawiali Dr Janiszewski, Prof. Bujwid i prelegent. Dyskusyę nad wykładem Prof. Ciechanowskiego odłożono.

— Dnia 13 maja 1909 roku odbyło się posiedzenie Rady honorowej Izby lekarskiej zach. galic., na którem toczyła się rozprawa przeciw Drowi R. o wydanie świadectwa lekarskiego bez badania chorego. Rada hon. po wyjaśnieniach Dra R. i skarżącego uchwaliła dalszych kroków zaniechać i sprawę umorzyć. Następnie odbyło się posiedzenie Wydziału, na którem zajmowano się sprawą zatargu Dra T. z zarej. kasą zapomogową w J. Na zasadzie dochodzeń, przeprowadzonych przez delegata Izby, uchwalono zawiadomić Sekcyę Tow. lek. gal. w J. i zarej. kasę zapom., że ostrzeżenie przeciw przyjęciu posady w tej kasie utrzymuje się w mocy. Następnie załatwiono szereg spraw drobnych.

— Miejska komisya sanitarna uchwaliła na posiedzeniu d. 17/V przepisy sanitarne dla zakładów fryzyerskich i dla sklepów z wędlinami, oraz rozpatrywała sprawę handlu owocami. Następnie przyjęto sprawozdanie naczelnego lekarza miejskiego o stanie chorób zakaźnych i postanowiono osobne posiedzenie przeznaczyć na narady nad zwalczaniem gruźlicy w mieście.

— Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie wydało sprawozdanie za r. 1908. W roku tym podjęło Towarzystwo starania, aby szpital św. Ludwika, utrzymywany przez Towarzystwo, został nabyty przez kraj; fundusze stąd uzyskane miały posłużyć na przekształcenie kolonii dla dzieci zołzowych w Rabce na stałe sanatoryum. Na razie nastąpiło jednak przedłużenie umowy dotychczasowej z Wydziałem krajowym na dalszych lat pięć, przyczem szpital otrzymywać będzie od kraju

42.000 (zamiast dotychczasowych 36.000). Dyrektor szpitala, prof. Jakubowski, ustąpił w r. 1908 po 32-letniej pracy z tego stanowiska; Czcigodnego twórcę szpitala i kolonii rabczańskiej zamianowało Towarzystwo dożywotnim kuratorem obu tych instytucyi; dyrektorem szpitala został obrany dr Murdzieński. Towarzystwo liczyło 100 członków, miało zaś 536.331 koron czystego majątku (w tem wartość realności i budynków 452.305 k., fundusze żelazne 66.672 kor., dyspozycyjne 33.387 kor.). W szpitalu św. Ludwika leczono w r. 1908 1246 chorych stałych i 5252 przychodnich; dni szpitalnych było 32.620, jeden dzień kosztował 1 kor. 76 hal. W kolonii rabczańskiej leczono 177 dzieci (dni pobytu ogółem 5532); od założenia kolonii leczyło się w nie 2.124 dzieci.

— Szczawnicę-Zdrój nabył od Akademii Umiejętności A. hr. Stadnicki, właściciel Nawojowej i obszaru dworskiego w Szczawnicy.

— Słuchacze Wydziału lekarskiego założyli »Bratnią pomoc medyków«. Prezesem Towarzystwa wybrany został p. Józef Szymonowicz. Towarzystwo rozpoczyna działalność z funduszem 2000 kor.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Jan Nowaczyński rodem z Krzeszowic i Kazimierz Adam Krzysztoń rodem z Nawojowej.

— Telefon Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« w Krakowie ma obecnie Nr 2002. VIII.

Lwów. Miejska komisya sanitarna uchwaliła na posiedzeniu w d. 15/V b. r. zwinąć utworzone na czas epidemii płonicy posady lekarzy epidemicznych, nie odraczać dorocznych szczepień krowianką, poprzeć Towarzystwo czerw. krzyża, które stara się otrzymać od miasta stosowny grunt pod sanatoryum dla inteligentniejszych niezamożnych chorych i omawiała sprawę budowy pawilonu zakaźnego w szpitalu izrael. im. Lazarusa.

— Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Łuszczkiewicza złożyli lekarze lwowscy 75 kor. na fundusz wdów i sierót po lekarzach.

Warszawa. Zjazd polskich neurologów, psychiatrów i psychologów odbędzie się we wrześniu lub w początkach października r. b. Organizatorami Zjazdu są Dr E. Flatau, W. Męczkowski i R. Radziwiłowicz. Dzienniki warszawskie zaznaczają, że jest to pierwszy zjazd lekarzy polskich w murach Warszawy.

Łódź. Zwłoki przedwcześnie zgasłego kolegi J. Saksa odprowadzały tłumy ludu aż na samo miejsce wiecznego spoczynku (położone o 5 wiorst za miastem); był to hołd, złożony człowiekowi, który się wybił o własnej ciężkiej pracy, nigdy protekcyi lub pomocy nie żądał i wysoko niósł sztandar powołania. Nad grobem — w imieniu Towarzystwa lekarskiego i kolegów szpitalnych — pożegnał zmarłego wzniosłą przemową kol. Przedborski.

— W dniu 24. maja odbędzie się zebranie inauguracyjne »Ligi przeciwgruźliczej«. Odezwę zapraszającą na zebranie podpisało sześćdziesięciu kilku obywateli łódzkich.

— Zbieranie statystyki w sprawie gruźlicy idzie w Łodzi niesporo; dotąd nikt jeszcze z kolegów (nawet szpitalnych!) nie zażądał nadesłania mu drugiej książeczki ze schematami.

— Pomimo prawdopodobieństwa wybuchu cholery azyatyckiej municypalność nie przedsięwzięła nic w celu doprowadzenia miasta do znośniejszego stanu sanitarnego.

Z różnych stron. Porządek dzienny VI posiedzenia połączonych wydziałów Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 1 (14)/V b. r. obejmował następujące wykłady: 1) P. Barylski: Wata hygroskopijna z lnu, jako najnowszy wytwór przemysłu włóknistego (z demonstracyami). 2) Dr Eliasson: Przyczynek do kwestyi czynności ośrodka słuchowego kory. 3) Dr Zawisza: Badanie moczu przy gruźlicy nerek. 4) Doc. Orłowski: W kwestyi odczynu Cammidgea. W części administracyjnej posiedzenia była sprawa powiększenia funduszów na rzecz budowy polskiego szpitala w Petersburgu i sprawa drukowania prac i sprawozdań »Związku«,

— Grono wydawców »Münchener med. Wochenschrift« (lekarzy) przeznaczyło z zysków ostatniego roku 14.600 marek na cel rozmaitych filantropijnych i zawodowych instytucyi lekarskich. (Czy też i kiedy nasze pisma, wydawane również przez grona lekarskie, będą mogły liczyć na dochody, któreby były przeznaczone na podobne cele?)

Mianowani: Doc. Reichenbach z Wrocławia profesorem higieny w Bonn; Prof. Lommel dyrektorem polikliniki lekarskiej w Jenie.

Zmarli. Dr Władysław Stan w Poznaniu.

Redakcya otrzymała: XXXVI sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za rok 1908. — Puławski W.: Przypadek posocznicy połogowej, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową. Odb. »Czas. lek.« 1908. Szczęsny Bronowski: 1) Wady serca a choroby nerek. 2) Błękit metylenowy przy suchotach płucnych. 3) Balsam kopaiwy, jako środek moczopędny. (Odb. »Gaz. lek.«) 3) Przypadek pierwotnego mięsaka osierdzia. 5) O moczopędnem działaniu mleczanu strontu. 6) Kilka myśli w kwestyi uleczalności gruźlicy u dzieci. 7) Przypadek nephritidis haemorr. chronicae, leczony operacyjnie. (Odb. »Medycyna«) 8) Influenza na północy Rosyi wschodniej. 9) Kilka przypadków gorączki gruczołowej u dzieci. (Odb. »Gaz. lek.«). — Sprawozdanie za rok 1908 z działalności Instytutu higieny dziecięcej im. Lenvala w Warszawie. — Chłapowski: O dysenteryi pełzakowej z powodu spostrzeganego przypadku. Odb. »Now. lek.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 26. maja 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Doc. Gliński: Dziedziczność a usposobienie anatomiczne w gruźlicy. 2) Dyskusya nad wykładami Prof. Ciechanowskiego i Doc. Glińskiego.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Kosów (pod Kołomyją).

Dr **Tarnawski Apolinary**, właściciel i kierownik lecznicy otwartej od 1 maja do końca października.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem“.
Dr **Ebers Henryk**, zakład wodoleczniczy.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, „Świteź“.
Dr **Lewicki Stanisław**, willa pod Trąbką.

Połąga.

Dr **Sterczyński A.**, willa Romeo hr. Tyszkiewicza.

Rabka.

Dr **Lang**, willa „pod Luboniem“.
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Regiec Jan**, willa pod Kościuszką.

Szczawnica.

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik zakł. hidrop. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarrki.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**,
Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, Radca cesarski.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy. Renngasse 3.

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, „Villa Söllradl“.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, we własnej willi, zakład i pensyonat lecz.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, Radca ces. Villa „Höflinger“ VII.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 13.

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki E.**, Alte Wiese. Dom „Nizza“.
Dr **Kaufmann Oskar**, „Pascha“ Sprudelstr.

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, Dom „Mozart“.
Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października.